

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

LES INSTRUMENTS ET LA TECHNIQUE CHIRURGICALE
EMPLOYÉS DANS LES AFFECTIONS DES SINUS DU
NEZ (FRONTAUX, MAXILLAIRES, ETHMOÏDAUX,
SPHÉNOÏDAUX ET ETHMOÏDO-LACRYMAUX),

Par le Professeur **V. COZZOLINO**

Directeur de la clinique agrégé, pour l'oreille, le nez et la gorge,
de l'hôpital clinique de l'Université de Naples.

La pathologie et la chirurgie des sinus du nez, qui, dans ces dix dernières années, ont pris un si grand développement scientifique et pratique, méritent une exposition, sinon monographique, ce qui nuirait à l'intérêt pratique, du moins synthétique, comme j'ai cru le faire dans mes deux leçons : *Les maladies des cavités ou des sinus nasaux étudiées comme pathogénie de quelques maladies de l'appareil oculaire, du goître exophtalmique et de quelques maladies de la peau, du nez et de la face* (1); dans mes six leçons : *Sur la pathologie et la chirurgie des sinus nasaux* (2); et dans les leçons faites cette année sur les *thrombo-phlébites des sinus de la dure-mère*, en rapport spécialement avec les maladies purulentes du nez, de l'oreille, de la gorge et de la face (3), en tenant

(1) *Riforma medica*, Naples, 1889.

(2) *Gazzetta delle cliniche*, Naples, 1890.

(3) *Gazzetta degli ospedali*, Milan, 1891.

grandement compte des lésions des sinus du nez au point de vue de l'importance pathogénique des thromboses endocrâniennes.

Dans le numéro d'octobre de la *Rivista clinica e terapeutica*, dirigée par le savant professeur E. de Renzi, de Naples, j'ai publié un article synthétique sur les *médications modernes antiseptiques et chirurgicales des sinus du nez*, et dans le *Morgagni*, je ferai prochainement paraître l'*Exposition clinique de la chirurgie moderne des sinus avec la statistique de tous les cas de lésions des sinus traités l'année passée à ma consultation de l'hôpital clinique* (1).

Depuis, il m'a semblé bon d'insister encore par l'organe de cet important périodique sur la question et d'attirer l'attention sur ces rhinopathies simulant des rhinites chroniques rebelles qui sont plus fréquentes qu'on ne le croyait autrefois, du temps où l'on était pauvre en séméiotique et en instruments.

Ce sont justement les instruments dont je me sers que je veux décrire ici, sous une forme synthétique, avec la technique relative à chaque sinus en particulier.

Sinus maxillaires. — Pour vider le sinus maxillaire de son contenu purulent ou muco-purulent, on doit se servir des instruments suivants selon les cas et les diverses méthodes longuement exposées dans la 3^e et la 4^e leçon ; dans la pratique, les voies préférables sont : celle de l'*alvéole* (Cooper), surtout si la lésion causale a été une irritation alvéolaire des deux ou trois premières molaires ; ou la voie *nasale* (méat moyen), si la lésion causale est intranasale ; *lavage du sinus* à travers l'*hiatus* semi-lunaire ou ouverture ordinaire (Størk) ; ou à travers l'*ouverture acces-*

(1) Au mois d'août de cette année, j'ai présenté à la section d'Otologie et de Laryngologie et à la section de Chirurgie du Congrès national de Sienna une boîte contenant tous les instruments presque indispensables pour pratiquer avec succès la chirurgie moderne des phlogoses des sinus du nez. Je l'ai aussi présentée au mois d'octobre, au Congrès de la Società italiana de Chirurgia qui s'est tenu à Rome. En même temps que la présentation j'ai fait la démonstration sur le crâne, de l'application des instruments sur chaque sinus, de leur séméiotique et de leur chirurgie, puis j'ai offert aux congressistes la photographie avec légende de la boîte d'instruments.

soire (Zuckerkanndl), ou mieux encore à travers la perforation de la paroi interne nasale du sinus correspondant au méat inférieur (Mikulicz, Fränkel, Krause, Heryng, Cozzolino, etc.

1° Un davier pour extirper la dent malade ;

2° Deux perforateurs de l'alvéole de grandeur différente, consistant en stylets ayant une extrémité cannelée en forme de vis, qui peuvent quelquefois atteindre la largeur de la moitié du petit doigt, et en trocars perforateurs de l'alvéole en général et rejeter le trépan, même le trépan américain des dentistes ;

3° Des petites cuillers de Volkmann pour racler les granulations le long de l'alvéole et dans la cavité du sinus ;

4° Une seringue à deux anneaux garnie d'une canule conique pour pratiquer les irrigations antiseptiques à travers l'alvéole ;

5° Un insufflateur à bec recourbé et mince pour insuffler des poudres antiseptiques dans le sinus ;

6° La galvanocaustique et les thermo-cautères nécessaires pour les lésions secondaires profondes de la muqueuse du sinus et de ses parois osseuses ;

7° Un obturateur de l'alvéole en caoutchouc, que l'on prépare suivant les cas en fondant la gutta-percha, pour supprimer la communication de la cavité du sinus avec la bouche ; ou encore, se servir de petits tubes d'argent pour pénétrer dans l'antre d'Highmore, ainsi que le font Bayer, Magitot et Gouguenheim ; ou bien un moyen plus simple tel que l'extrémité conique des sondes uréthrales ;

8° Quelques-unes de mes petites lampes (fig. 1) électriques pour bien éclairer les méats nasaux et pratiquer en outre la rhinoscopie antérieure et postérieure, à la recherche du pus, selon ma méthode : *La rhino-tubo-pharyngoscopie directe antérieure à éclairage électrique postérieur* (1). Une autre cinq ou six fois plus grande pour éclairer la cavité buccale pour le symptôme de Voltolini, qui n'est pas toujours

(1) Arch. Ital. di laringol., Naples, 1888 ; Annales des maladies de l'oreille, etc. Paris 1889.

constant, de transparence ou non des sinus maxillaires.

Pour cette voie, les instruments sont communément connus; aussi est-il inutile de les reproduire. Je mentionnerai seulement ici le perforateur de l'alvéole et la canule pour l'irrigation antiseptique du sinus maxillaire du professeur Siebenmann, de Bâle. On voit le liquide injecté et la poudre bien insufflée sortir par la narine correspondante, si l'ouverture n'est pas fermée, surtout si le malade tient la tête penchée en avant.

Pour exécuter le lavage et l'évacuation, au moins partielle,



FIG. 1.

du sinus par la voie nasale, il faut avoir des sondes vides qui servent pour le lavage à travers l'ouverture maxillaire soit permanente, soit accessoire, dont j'ai fait la description exacte dans la 3^e leçon.

Voici les sondes, figures 2 et 3 (1), dont je me sers pour laver le sinus maxillaire à travers l'hiatus semi-lunaire, après l'avoir soit dilaté, soit mis à découvert, ou per l'application de la cocaïne qui dégonfle la muqueuse environnante, ou par l'écartement, si c'est possible, du cornet au moyen d'un dilateur comme celui de Woakes ou de Dels-tanche, ou après avoir enlevé les petits polypes cause de la lésion du sinus ou qui peuvent être engendrés par le pus qui tombe du sinus.

Le lavage à travers l'ouverture accessoire a été recommandé aussi, parce qu'elle est moins éloignée de la base du

(1) Dans le catalogue illustré de Simal.

sinus et dans une situation plus déclive ; mais elle est inconstante et se rencontre une fois sur 8 ou 10 cas. Quand cet orifice manque, on pourrait le produire au moyen d'un perforateur,



FIG. 2.

mais alors il est préférable de perforer la paroi interne du sinus dans le méat inférieur comme je le dirai tout à l'heure.

Avant de faire le cathétérisme, il est bon de pratiquer le



FIG. 3.

sondage de l'hiatus semi-lunaire avec la sonde de Hartmann représentée ci-dessous (fig. 4).



FIG. 4.

La technique du cathétérisme du sinus maxillaire et des autres sinus demande la connaissance de la rhinoscopie, au moins antérieure.

Après avoir lavé et désinfecté les cavités nasales et les avoir bien cocaïnisées, surtout le méat moyen, on fait passer à travers le spéculum nasal une des sondes susdites, suivant la place, en portant l'extrémité dirigée en haut entre le cornet moyen et la paroi interne du sinus; arrivés à la moitié du cornet, qui est éloigné de 3 centimètres en général de la cavité des narines, on se dirige au dehors et on pénètre ordinairement sans difficulté dans l'hiatus semi-lunaire. On s'aperçoit que la sonde a pénétré, soit par l'inclinaison d'environ 150° de son manche, soit par la sensation qu'on éprouve du bord coupant de l'apophyse crochue derrière laquelle la sonde se trouve engagée, soit par sa grande fixité.

A travers la sonde, on fait des injections, toujours tièdes, de solutions boriquées, salicylées, etc., pour vider le pus



FIG. 5.

du sinus, effet que l'on obtient le plus souvent en élargissant un peu les bords de l'ouverture et en faisant pencher la tête du malade du côté opposé. Si le contenu du sinus est très dense, desséché ou grumeleux, on devra, après avoir dilaté l'ouverture, employer les canules d'argent de grand calibre à double courant comme les cathéters uréthraux pour le lavage de la vessie, que j'ai été le premier à faire construire (*fig. 5*) et qui résolvent très bien le problème peu aisé du lavage complet de la cavité d'Highmore sans que des restes croupissent à sa base quand il faut opérer par la voie de l'hiatus semi-lunaire (1).

(1) On doit procéder de même pour laver les sinus par la voie de l'alvéole perforé et en aspirer le contenu au moyen de la seringue métallique d'Hüter. La seringue perforatrice de Schmidt permet l'exploration des sinus par l'alvéole dans les cas douteux, avant d'établir la grande communication entre l'alvéole et le sinus.

On peut faire suivre le lavage simple de l'aspiration du contenu liquide de l'autre maxillaire, surtout dans les cas où il a été impossible de se procurer par l'hiatus une ouverture suffisante pour faire écouler la sécrétion.

Pour faire cela, on applique, après quelques injections antiseptiques, à l'extrémité externe de la canule un tube de caoutchouc qui s'adapte à une seringue auriculaire à trois anneaux, et l'on fait l'aspiration.

On arrive ainsi à extraire une partie du dépôt de la base du sinus, qui y séjournerait toujours si l'on pratiquait seulement le lavage par les sondes ordinaires, sans double courant, parce que l'évacuation a lieu à un niveau supérieur à la base.

S'il est possible de faire le lavage et l'aspiration par



FIG. 6.

l'hiatus semi-lunaire, il est impossible d'introduire de petits instruments pour racler les granulations qui d'ordinaire se trouvent dans l'empyème chronique et de longue durée, quand celui-ci est produit par des lésions de la muqueuse nasale qui se sont étendues à travers l'hiatus. Dans ces cas, surtout s'il s'agit de femmes ou de jeunes filles ayant les dents intactes, il est préférable de se servir de la méthode de Mikulicz (1) que certains, presque tous les auteurs emploient et que j'ai expérimentée dans plusieurs cas. Dans ce but, Mikulicz s'est servi du trocart ci-dessus (fig. 6) qui,

(1) M. David Panzetta, dans son excellent et presque complet *Trattato di operazioni chirurgiche*, Naples, 1862, dit à la page 154 du tome II: « M. Gooch vient de proposer et a pratiqué avec succès la perforation du sinus maxillaire par la paroi nasale chez une femme qui ne présentait pas de lésions dentaires. » Je pense qu'il parle de Robert Gooch, né en Angleterre et mort à l'âge de 44 ans, qui fut professeur d'accouchements et de maladies des femmes et des enfants à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres et médecin à Westminster. Je trouve mentionné dans les *Encyclopedies médicales* un autre Gooch (Benjamin), chirurgien anglais très renommé, auteur de plusieurs publications, qui s'établit à Strottingham, dans le comté de Norfolk, et mourut en 1780.

comme on le voit ici, est très fort, dont l'extrémité est acuminée pour pouvoir facilement perforer la paroi osseuse interne du sinus. Krause, de Berlin, emploie un perforateur plus pointu, et Michelson, de Königsberg, un trocart à demeure qui sert de canule conductrice des liquides antiseptiques, etc.

Je me sers de préférence de la petite tige perforatrice pour la ponction ou la trépanation exploratrice d'une des parois du sinus maxillaire, dans les cas assez fréquents de diagnostic douteux de suppuration de l'antre d'Highmore. Je préfère pratiquer la ponction exploratrice par la paroi interne du sinus que par la paroi externe, pour des raisons de convenance personnelle et d'antisepsie. La paroi externe, choisie par quelques spécialistes français, comme le Dr Luc, l'a été autrefois par Desault, dans sa *fossette canine*, et par Lamorier, dans sa *rainure maxillo-labiale*, pour vider le sinus maxillaire de son contenu purulent ou muco-purulent. Il faut rejeter l'ancienne méthode de M. Callisen, qui perforait la voûte palatine!

Enfin je ne trouve pas utile de perforer l'espace intra-alvéolaire, ainsi que l'a proposé dernièrement l'auteur de la symptomatologie de l'empyème latent du sinus maxillaire, le Dr Ziem, de Dantzig, qui a souffert autrefois de cette affection.

Par une antisepsie parfaite on n'aura jamais à déplorer aucun mauvais résultat de la perforation exploratrice simple de la cavité du sinus, dans le cas négatif de collection purulente lente, ou *empyème*, ou encore de collection séro-muqueuse ou *hydropique*. Quelle merveille! Quand nous connaissons la statistique très heureuse des laparotomies exploratrices!

Je me sers depuis trois ans de l'instrument suivant imaginé par le Dr Luc et construit par Mathieu en octobre 1888 à Paris (fig. 7). Il est indispensable que la tige perforatrice et aspiratrice soit résistante, de façon que l'on puisse perforer avec son extrémité émoussée, coupante, la paroi osseuse nasale du sinus, correspondant au point d'union du tiers antérieur avec le tiers postérieur du sillon formé par cette paroi et le plancher nasal, os palatin.

Si le malade est robuste, la simple cocaïnisation pourra suffire; dans le cas contraire, il faudra procurer une demi-anesthésie générale par le bromure d'éthyle (1), qu'on emploie aujourd'hui pour extraire en une seule fois les végétations adénoïdes naso-pharyngiennes, et dont je me suis aussi servi pour l'amygdalotomie chez les enfants indociles, et dans les cas d'extraction difficile et douloureuse des corps étrangers fixés dans la caisse du tympan.

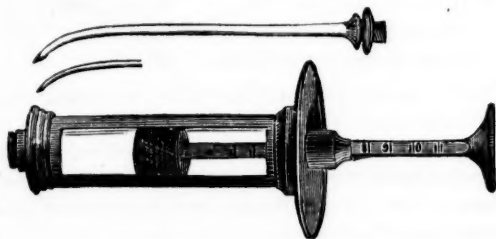


FIG. 7.

Pour exécuter la perforation de la paroi nasale du sinus maxillaire, il faut qu'un assistant robuste tienne solidement la tête par l'occiput, tandis que l'opérateur, après avoir monté la seringue et pratiqué la rhinoscopie, applique la pointe de la canule perforante un peu retournée en haut au point susdit et, par une brusque pression, perfore la paroi et pénètre dans l'antre; ainsi le pus est aspiré, le piston étant très étroit. Si le pus est dense, on dévisse le corps de la seringue de la canule, et on fait des irrigations tièdes

(1) Mon regretté confrère et ami Calmettes me démontra, en octobre 1888, l'utilité de l'application du bromure d'éthyle comme anesthésique pour opérer les végétations adénoïdes selon la méthode de Moritz Schmidt, de Francfort-sur-le-Mein.

De même Terrillon, en France, avait attiré l'attention de ses collègues de la Société de Chirurgie, sur les avantages du bromure d'éthyle comme anesthésique général, parce qu'il ne produit pas la mort par syncope et ne provoque pas de vomissements comme le chloroforme. En outre il a l'avantage, pour nos opérations de brève durée, de ne pas donner de résolution musculaire et de cesser son action avec l'arrêt des inhalations, ce qui fait que le malade se réveille aussitôt sans être très abattu, raison pour laquelle il ne pourra jamais remplacer le chloroforme dans les opérations de longue durée.

Le bromure d'éthyle vient d'être très bien étudié au point de vue expé-

à travers cette dernière, antiseptiques avec une autre seringue, après quoi on procède à l'aspiration pour débarrasser le sinus de son contenu.

Le traitement consécutif consistera en lavages avec des solutions tièdes d'acide borique suivies d'insillations de naphthol camphré pur, ou mêlé à des gouttes d'acide phénique, dissous dans l'huile de vaseline : la formule que je préfère est la suivante :

Huile de vaseline.....	60 grammes.
Naphthol camphré.....	10 —
Acide phénique pur.....	2 —

Une fois la perforation pratiquée avec la canule unie au corps de la seringue qui sert de point d'appui pour la main, on devra dilater beaucoup dans les cas où il est nécessaire de racler les parois du sinus pour enlever les néo-productions. Dans ce but, on peut introduire des curettes spéciales, recourbées comme celles que j'ai fait construire il y a longtemps pour racler le fond et le haut de la paroi supérieure osseuse du conduit (*mur de la logette* des Français), ainsi que les parois de la caisse, dans sa partie élevée, l'attique (*fig. 8*). On peut introduire aussi des canules minces, recourbées de pulvérisateurs, ou des insufflateurs dont l'extrémité est réunie à un mince tube de caoutchouc à moitié durci.

S'il existe des séquestres osseux, on cherchera à les extraire, et s'il existe des hypertrophies ou plutôt des hyperplasies de la muqueuse, on appliquera le thermo-cautère très mince ou le galvano-cautère.

rimental par le Dr Albonyi, de Budapest, dans sa monographie sur les narcotiques, publiée dans la *Clinique* de Vienne, 1891, dans laquelle, après une grande discussion des expériences faites sur les animaux, il arrive aux importantes conclusions suivantes, qui encouragent le chirurgien spécialiste à s'en servir :

1° Soit sur les grenouilles, soit sur les lapins, le bromure d'éthyle n'exerce aucune influence appréciable ni sur le cœur ni sur les poumons ;

2° Employé en injections hypodermiques, la narcose apparaît rarement et dure très peu de temps ; par contre il exerce une action très sûre et extraordinairement rapide en inhalations avec le masque ;

3° Des expériences faites sur l'homme on peut déduire aussi que le bromure d'éthyle pour un temps court n'altère pas essentiellement les centres qui président à l'activité cardiaque et respiratoire.

Sinus frontal. — Pour le sinus frontal, je me limite à la technique du sondage et du cathétérisme par la voie nasale, laissant de côté tout ce qu'on sait de la chirurgie générale en ce qui regarde l'ouverture opératoire du sinus par la voie de la glabelle. Je dirai seulement que si l'interven-



FIG. 8.

tion chirurgicale est urgente, on devra pratiquer l'ouverture du sinus ou plutôt des sinus frontaux, dans la partie correspondante à la région sourcilière qui est voisine de la racine du nez. Ainsi, après avoir séparé les parties molles et décollé le périoste avec la gouge et non avec le trépan, on perfore une portion du sinus; pour bien réussir, il faut, durant l'opération, se maintenir profondément et dans le voisinage de la racine du nez.



FIG. 9.

Le sondage du sinus frontal se pratique au moyen d'un stylet recourbé (*fig. 9*), comme la canule pour son cathétérisme (*fig. 10*), et il faut suivre les mêmes règles pour l'introduire.

Voici la technique à employer : quand l'extrémité antérieure du cornet moyen cache l'orifice du sinus, il faudra, avant de pratiquer le sondage ou le cathétérisme, le résé-

quer en partie avec l'anse galvano-caustique rouge, plutôt qu'avec le conchotome de Hartmann, à cause de l'hémorrhagie possible. Après quoi, on fait passer la pointe du stylet, ou de la canule, ou du cathéter, entre la paroi externe de la fosse nasale et l'extrémité antérieure du cornet moyen, en la poussant en haut et en avant. Si l'instrument est arrêté par les obstacles qu'il rencontre, on le retire et on modifie la courbe de son extrémité. Le conduit, qui varie de longueur et de direction, finit à l'orifice circulaire du sinus frontal, orifice qui se trouve à la partie supérieure de l'*infundibulum*, qui est un véritable canal oblique en haut et en avant, concave à sa partie supérieure, et à la partie inférieure et postérieure duquel débouche le sinus maxillaire par une scissure allongée. La longueur de ce canal est de



FIG. 10.

12 millimètres, rarement de 20 millimètres (il manque très rarement); il se dirige obliquement en haut et en avant avec une légère courbe. Si, comme je l'ai dit plus haut, l'ouverture du sinus maxillaire débouche dans la partie inférieure et postérieure de l'*infundibulum*, on peut ainsi pénétrer dans ce dernier, pour peu que la sonde soit dirigée en dehors, surtout dans les cas où quelques cellules ethmoïdales débouchent, comme le sinus frontal, dans l'hiatus semi-lunaire du maxillaire.

L'opérateur s'apercevra qu'il est dans le sinus frontal par la direction de la sonde et parce qu'il sera éloigné de l'orifice de la narine de plus de 5 centimètres, distance ordinaire qui sépare celui-ci du plancher du sinus frontal.

Pendant l'introduction de la sonde, on entend un léger craquement, comme la rupture de fines lamelles osseuses, qui opposent de la résistance, et il s'ensuit un écoulement

de sang, de 1 à 4 cuillerées, et aussi de pus, comme on l'a observé dans les cas d'influenza. On tire la sonde en arrière, et on fait incliner la tête du malade en avant, pour faciliter l'issue du sang, qui cesse immédiatement.

Après avoir ouvert et dilaté le sinus, on peut introduire des curettes pour enlever les granulations et le contenu desséché du sinus et pratiquer ensuite des cautérisations à l'acide chromique, à l'acide trichloracétique, etc.

Une condition fondamentale pour la chirurgie du sinus frontal est de bien ouvrir le septum qui divise les sinus dans les cas où le diaphragme qui les sépare ne soit pas encore détruit, et d'élargir la communication des sinus avec les cavités nasales, comme l'ont toujours recommandé les opérateurs les plus illustres.

Après avoir établi la communication avec la cavité nasale moyenne, on pensera à mettre un *drain*, surtout si l'empyème des sinus frontaux est provoqué par des tumeurs, par exemple par des myxomes nasaux ayant envahi l'infundibulum. De même, dans les cas d'ouverture du sinus par la voie cutanée, il est indispensable de dilater l'ouverture du sinus, qui débouche dans la partie haute de l'infundibulum, à travers laquelle on met un drain pour exécuter de fréquents lavages antiseptiques.

Le chirurgien se servira, en outre des curettes, de la galvano-caustique et du thermo-cautère pour détruire l'implantation des granulations simples et polypoïdes et la carie. Il terminera le tout, soit qu'il y ait eu ouverture spontanée ou chirurgicale du sinus par la peau, avec des poudres antiseptiques à base d'aristol et de naphtol, ou d'acide borique et de résorcine.

Sinus ethmoïdaux. — Pour les sinus ethmoïdaux, ce n'est pas le cas de faire le sondage ou le cathétérisme de leurs ouvertures ou scissures, les cellules ethmoïdales postérieures s'ouvrant dans le méat supérieur par un ou plusieurs orifices, et les cellules ethmoïdales antérieures s'ouvrant dans le méat moyen par une scissure qui se trouve à la partie supérieure et antérieure; au-dessus de cette scissure se trouve l'infundibulum, embouchure du sinus

frontal et maxillaire, l'un en haut, le frontal, l'autre en bas, le maxillaire, parce que la recherche de ces orifices serait difficile. Il vaut mieux ouvrir les cellules ethmoïdales lésées, même si ce sont les centrales et celles qui sont situées le plus haut au-dessous et à côté de la lame criblée, parce que réellement les sinus ethmoïdaux ne sont que des espaces de tissu osseux, cellulaire, aréolaire plus dilatés. On peut ouvrir le sinus ethmoïdal antérieur avec une sonde (fig. 11)



FIG. 11.

qui se termine à une extrémité en forme de cuiller, et de l'autre en pointe de plume, ce qui la rend très efficace pour ouvrir les sinus ethmoïdaux, comme le préfère toujours Schaeffer, de Brême. La sonde est introduite entre le cornet inférieur et moyen du dehors, à rebours et au-dessus dans la paroi externe du nez au point de jonction du cornet moyen. En voulant ouvrir le sinus ethmoïdal, il est bon de marquer sur la sonde la distance du sinus frontal depuis la pointe du nez.



FIG. 12.

Dans ce but, quand il existe des ethmoïdites purulentes et encore plus dans les cas où il y a des séquestres osseux, je me sers des curettes reproduites ci-dessous (fig. 12) que je fis construire en 1888 à Paris, et que j'expérimentai au

grand avantage des malades à la clinique rhino-laryngologique de mon savant ami le Dr Gouguenheim à l'hôpital Lariboisière.

La sonde de Schæffer est indiquée pour opérer les rares ethmoïdites aiguës et subaiguës, avec dilatation énorme d'un noyau des cellules osseuses, qui, en oculistique, portent le nom de *mucocèles* (1), et qui, outre les symptômes ordinaires : occlusion de la cavité nasale, écoulement muco-purulent par la narine, douleur naso-frontale, produisent aussi l'exophtalmie, ainsi qu'il arrive dans l'empyème du sinus maxillaire abandonné à lui-même. Par suite des rapports de la paroi supérieure du sinus avec l'orbite; dans le cas de dilatation de cette paroi du sinus, il se produit un rétrécissement de la cavité orbitaire, et par conséquent de l'exophtalmie; ainsi que l'atrophie du globe oculaire.

Les symptômes oculaires graves disparaissent après l'évacuation du contenu muco-purulent de la dilatation cellulaire osseuse, effectuée par le labyrinthe ethmoïdal ou le sinus maxillaire. J'ai fait construire dans ce but plusieurs sondes perforatrices terminées en forme de plumes à écrire, afin d'ouvrir la paroi très mince des cellules ethmoïdales. Ces sondes, qui d'un côté ouvrent les cellules, et de l'autre les relâchent, m'ont été très utiles dans les phlogoses lentes, suppurées microbiennes communes, infectieuses ou spécifiques de ce labyrinthe, simulant des empyèmes des sinus; ou dans les rhinites rebelles purulentes chroniques, en ouvrant le noyau des cellules affectées, pour permettre l'action directe des médicaments antiseptiques et caustiques, et empêcher dans des cas spéciaux, surtout dans les labyrinthites infectieuses ou syphilitiques, l'*ethmoïdite nécrosante*, qui a été récemment très bien étudiée par le Dr Woakes, de Londres.

Si, concurremment à une maladie du sinus ethmoïdal, il existe une tuméfaction notable des os poreux du cornet moyen, alors on y introduit la sonde de Schæffer, en haut, dans la direction nécessaire, on racle le cornet moyen et le

(1) *Mucocelo dei seni frontali e del laberinto etmoidale*. Clinique ophtalmologique de l'Université de Naples, par le Dr L. Polignani et le professeur G. de Vincentiis (Naples, 1891).

sinus ethmoïdal, et, s'il en est besoin, on enlève une partie du cornet moyen au moyen de ciseaux, de bistouris, etc. Les soins postérieurs sont les mêmes que pour le sinus frontal, seulement on devra recommander pour les sinus ethmoïdaux beaucoup d'habileté et de légèreté de main à l'opérateur.

Il va sans dire que l'on devra avant tout examiner, au moyen de la rhinoscopie antérieure, quel est le sinus suppu-



FIG. 13.

rant, le centre le plus lésé des cellules ethmoïdales, puis désinfecter le tout soigneusement, ensuite gratter et appliquer la galvanocaustique, enfin faire des pulvérisations antiseptiques continuelles, avec le pulvérisateur intranasal de Ruault (*fig. 13*), que je trouve très efficace par la force du jet interrompu qui permet au liquide de pénétrer dans les divers antres des cellules ethmoïdales ouvertes.

Il est prudent de recommander la plus grande attention en opérant sur la voûte des cavités nasales, bases des lobes cérébraux antérieurs, et la plus scrupuleuse antiseptie des

surfaces et des instruments pour se garantir contre l'érysipèle.

Souvent, outre l'application des susdites curettes qui s'adaptent au manche d'un miroir laryngoscopique et qui s'emploient toujours au moyen de la rhinoscopie, on emploie des perforateurs ou excavateurs des cellules ethmoïdales, comme de fins poinçons de diverses grandeurs, toujours après cocaïnisation préalable à 1 pour 15; et si le sang empêche de continuer l'opération, j'ai toujours à portée de la main un irrigateur d'eau chaude entre 50° et 55°; ainsi j'effectue l'hémostase et puis continuer à vider les cellules atteintes de phlogoses purulentes, pourvu qu'il ne s'agisse pas de syphilis, mais au contraire d'une complication d'ethmoïtite infectieuse, comme dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, la syphi-



FIG. 14.

lis, etc., et alors on pourra trouver aussi de gros séquestres. Ces séquestres peuvent atteindre des dimensions telles qu'ils obstruent les fosses nasales, en y restant englobés; pour les enlever il faut employer un brise-os intranasal, comme celui de Schaeffer, ou une pince coupante pareille à celle que l'on voit ci-dessus, c'est-à-dire une pince à cuiller (*fig. 14*) que j'ai fait construire, il y a quelques années, pour extraire des résidus de polypes nasaux des parties peu accessibles à l'anse sèche de Wilde, si par exemple ils sont petits et originaires de la voûte (cas rares).

Après avoir morcelé le séquestre, comme on le fera pour un gros rhinolithé en coin, on le dégage par des irrigations et on le saisit avec des pinces intranasales; je préfère les miennes à baïonnette pour avoir toujours plus libre le champ rhinoscopique de la main qui opère.

En général, on peut dire que les maladies des sinus

ethmoïdaux demandent beaucoup de temps et d'adresse pour être bien soignées.

Sinus sphénoïdaux. — Pour le sinus sphénoïdal, dont l'orifice débouche dans la partie postérieure de la voûte juste dans le recessus sphéno-ethmoïdal, à une distance de 5 millimètres du septum, on rencontre de plus grandes difficultés pour le sondage et le cathétérisme que pour les autres sinus.

La première difficulté consiste à faire pénétrer la sonde exploratrice (*fig. 15*) dans l'orifice du sinus sphénoïdal, celle-ci devant passer par l'étroite fente olfactive qui, à son tour, dépend de la saillie variable du cornet moyen et des fréquentes déviations du septum nasal, spécialement à gauche.

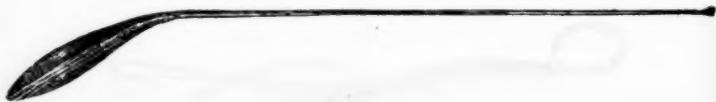


FIG. 15.

La sonde, tant pour explorer que pour injecter des solutions antiseptiques, doit avoir 1^{mm} 1/2 d'épaisseur et 15 centimètres de long ; elle doit avoir une extrémité recourbée, moins toutefois qu'un cathéter pour la trompe d'Eustache. La pointe de l'instrument étant dirigée en bas devra être portée obliquement en haut et en arrière, entre le cornet moyen et le septum, jusqu'à ce qu'on touche la paroi sphénoïdale. Alors en portant la pointe de la sonde légèrement en dehors, on l'introduira doucement dans l'orifice du sinus ; et, s'il existe un empyème, il peut survenir une évacuation de sang et de pus, qui s'écoulent de préférence par les choanes. On voit la sonde se mouvoir plus librement dans la cavité sphénoïdale que dans le sinus frontal. Le malade, pendant l'opération, sent une douleur à l'angle de l'œil, tandis que dans le sondage du sinus frontal, il accuse une douleur à la racine du nez et à l'angle de l'œil. Quelquefois il survient de très violentes douleurs qui disparaissent aussitôt.

Schæffer, de Brême, préfère aussi pour le sinus sphénoï-

dal sa sonde à cuiller, surtout si la maladie du sinus est associée à une lésion osseuse. Il dit que sa sonde le garantit, parce que, étant large, elle ne glisse ni ne dévie. Il n'est pas difficile non plus de se faire une route dans la cavité osseuse avec les sondes d'argent ordinaires. Toutefois, en tenant compte de la juste observation que le sondage seul ne donne pas de résultats notables, dans les suppurations graves et de longue durée des sinus chacun en particulier, il est bon d'accepter l'axiome thérapeutique de Schæffer, d'associer le sondage à l'ouverture plus ou moins grande du sinus et de pratiquer en même temps une ouverture collatérale; parce qu'aussi, d'après les expériences de Naumann, on a la confirmation que les sinus frontaux et sphénoïdaux ne peuvent être complètement irrigués, si on n'y pratique une ouverture collatérale.

Après l'introduction de la sonde dans la cavité sphénoïdale, on pourra découvrir une carie de ses parois, et alors on pratiquera des lavages antiseptiques, et si ceux-ci ne donnent pas de résultats satisfaisants, on doit aussitôt (si la carie n'est pas d'origine syphilitique) ouvrir largement le sinus dans sa paroi antérieure et pratiquer la *perforation* mieux dénommée ici que trépanation, pour laquelle il y a diverses méthodes; celle de Schech, par la cavité *naso-pharyngienne*, qui est peu pratique; celle de Bergh, à travers les *cellules ethmoïdales postérieures*, spécialement si celles-ci sont très lésées et s'il existe de la carie et de la nécrose de la paroi interne de l'orbite; celles de Zuckerkandl, de Berger, de Schæffer et de Tyrman à travers les cavités nasales. Zuckerkandl recommande sa méthode pour l'avoir expérimentée sur des cadavres; mais c'est Schæffer, de Brême, qui, le premier l'a mise en pratique, au moyen de sa sonde spéciale à cuiller; puis elle a été employée avec un résultat excellent par Heryng, de Varsovie, Ruault, de Paris, et d'autres, qui ont obtenu des résultats parfaits dans la perforation du sinus. Schæffer voudrait qu'on pratiquât avec sa curette la dilatation de l'orifice du sinus, pour mieux exécuter les lavages et le cathétérisme. Dans quelques cas, pour s'ouvrir une route, il faut réséquer une partie du cornet

moyen dans sa portion postérieure, comme on l'a dit pour le cathétérisme du sinus frontal dans lequel on doit, dans certains cas, réséquer une partie de la portion antérieure du même cornet.

On doit aussi recommander l'intervention chirurgicale dans les cas où le pus est en proportions minimales et date de plusieurs années, parce qu'on soulage toujours les malades. Dans ces cas, il est facile de trouver des hypertrophies de la muqueuse nasale qui obstruent l'issue du pus, des myxomes, etc., qu'il faut aussitôt enlever si l'on veut obtenir la guérison complète ou relative.

Sinus ethmoïdo-lacrymaux. — Mais sont-ce tous les sinus des cavités nasales, c'est-à-dire n'en existe-t-il pas un autre non encore signalé dans les traités d'anatomie que nous avons entre les mains ? Si, il existe le sinus *ethmoïdo-lacrymal* ainsi nommé par l'illustre professeur et sénateur Verga, de Milan en 1875, et qui est le promontoire découvert par le distingué anatomiste de l'Université de Pavie, professeur Zoja en 1870, et que Zuckerkandl, à présent professeur d'anatomie à Vienne, appelle *bulle ethmoïdale*, sans indiquer les travaux des professeurs italiens précités, dans sa *Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhangs*, publiée à Vienne en 1882.

Je veux confirmer de nouveau pour la première fois au point de vue chirurgical l'existence de cette grande cellule ethmoïdale qui se trouve dans le méat moyen au-dessous du cornet moyen, et entre celui-ci et l'infundibulum sur la paroi nasale externe, comme une éminence plus ou moins développée, de forme ovale, avec une ou plusieurs ouvertures dans sa partie supérieure. Cette éminence, comme je l'ai déjà dit, n'est qu'une grosse cellule avec un trou ou canal de communication avec le méat supérieur. Ce trou est situé dans le segment supérieur du sinus ethmoïdo-lacrymal, juste dans le cul-de-sac qui le sépare du cornet moyen de forme circulaire ou elliptique, du diamètre de 4 à 8 millimètres ; il se convertit en un petit canal dirigé obliquement en haut et en dehors, qui se termine dans la bulle ethmoïdale située antérieurement sous le trou orbitaire interne.

Ces intéressantes notes sur le sinus ethmoïdo-lacrymal complètent, quoique grossièrement, ce que nous savions de l'anatomie du méat moyen. En dehors de leur valeur anatomique et historique pour la littérature des découvertes du génie italien, que j'ai intérêt à revendiquer, elles ont leur valeur pathologique et chirurgicale, parce que le promontoire représentant une autre cavité pneumatique ou un sinus souvent plus large que les sinus ethmoïdaux, avec une muqueuse amincie pauvre en glandes, comme les autres sinus, avec un canal débouchant dans le méat supérieur, peut être le siège de phlogoses aiguës et chroniques, de microbes communs et d'autres infections, et peut donner lieu à de lentes suppurations avec rétention du pus, qui peuvent simuler des empyèmes lents du sinus maxillaire, c'est-à-dire représenter un autre cas de *pseudo-empyème*, comme on le nomme dans la pratique, comme il peut arriver aussi dans les cas d'ostéites nécrosantes du cornet moyen (1) et les deux variétés de suppurations des cellules ethmoïdales interne et externe décrites par Bosworth (2); de kystes, osseux suppurés, de corps étrangers du méat moyen, de rhinolithes, etc.

Il suffit de développer quelques-unes des 22 planches qui ornent l'ouvrage cité plus haut de Zuckerkandl, ou celles toutes récentes de l'*Atlas de l'Anatomie des cavités nasales*, fait d'après des coupes congelées que le professeur B. Fränkel, de Berlin, a publié cette année, pour se convaincre de la fréquence des néoplasies myxomateuses qui ont leur origine dans les environs du sinus ethmoïdo-lacrymal, et pour voir que c'est au développement varié de cette grande cellule avec une ouverture commode que l'on doit le calibre divers de la cavité nasale dans sa partie haute et moyenne.

J'ai justement eu en traitement, l'année dernière, un cas de suppuration lente du sinus ethmoïdo-lacrymal consécutive à l'influenza, qui s'est présenté à ma consultation de

(1) Edward Woakes. *Nasal polypus with neuralgia hay fever and asthma in relation to ethmoiditis* (London, 1887).

(2) Communication faite au 13^e congrès de l'Association américaine de laryngologie. Various forms of diseases of the ethmoid cells (*New York med. Journ.*, 7 novembre 1891).

l'hôpital clinique. L'influenza, en particulier, nous a laissé plusieurs malades porteurs de phlogoses posthumes, soit des cavités primaires ou secondaires ou des sinus du nez ; ce fait est explicable par le commerce bactériologique qui existe entre les cavités primaires et secondaires. Le Dr v. Besser, de Vienne, a trouvé il y a environ trois ans une identité entre le contenu bactériologique des susdites cavités nasales grandes et petites et entre les bactéries pathogènes de l'empyème du sinus maxillaire ; on remarquera spécialement le diplococcus de Fränkel et Weichselbaum et le streptococcus de Fehleisen ou de l'érysipèle. Au cas où l'examen rhinoscopique répété du méat moyen, même après l'avoir dilaté, démontre une rétention de pus que l'on ne peut attribuer au sinus maxillaire, bien qu'il soit dans le voisinage de l'hiatus, souvent, embarrassé par la taille du sinus ethmoïdo-lacrymal, on devra, après un examen réitéré, ayant exclu toutes les autres lésions ethmoïdales capables de donner du pus, rappeler plus haut, ouvrir le sinus de Verga, parce que c'est le seul moyen d'obtenir la disparition de l'écoulement du pus plus ou moins fétide, et des autres symptômes de tension, ainsi que des douleurs vagues dans l'intérieur du nez, attribuées à la région sous-orbitaire.

C'est la première fois que dans la rhino-chirurgie on parle de ce *petit chapitre* de rhino-pathologie et chirurgie ; je suis sûr que mes confrères m'en seront reconnaissants, parce que j'ai cru devoir leur communiquer ce que ma grande pratique rhinoscopique m'enseigne et me démontre de plus en plus ; ayant eu toujours pour but de vulgariser les observations et les résultats de ma pratique, ainsi que les quarante publications que j'ai fait paraître jusqu'ici sur la *Rhinologie* en font foi.

Je répète encore une fois que nous devons toujours user de la chirurgie intranasale qui est très efficace, et est la seule qui puisse donner un résultat certain ou à peu près dans ces rhinopathies ennuyeuses et rebutantes qui ne sont pas rares, mais encore inconnues de beaucoup de personnes et prises pour des lésions phlogistiques de la muqueuse de Schneider ou du squelette osso-cartilagineux des grandes cavités nasales.

S'abandonner aux seuls traitements médicaux ou même pharmaceutiques locaux, c'est ne pas vouloir user des devoirs chirurgicaux qui nous sont imposés par les progrès faits dans ces dix dernières années par la pathologie et la thérapeutique des phlogoses catarrhales et purulentes de la muqueuse des sinus, produites par divers agent pathogènes.

Je conclus par l'axiome suivant, qui est le fruit de plus de 15 années de pratique rhinoscopique; observant de 700 à 800 malades du nez par an tant à l'hôpital que dans ma clientèle privée : « *Quand une sécrétion muco-purulente ou « entièrement purulente, avec formation de croûtes dans le « haut des méats, spécialement du méat moyen, ou dans le « sillon ou fente olfactive, adhérents ou non à la partie supérieure du septum — portion olfactive — persiste malgré « l'antisepsie et la rhino-chirurgie moderne pratiquées sur « les cavités primaires pendant quelques mois, à part les « rares cas de pseudo-empyème cités plus haut ou de myxomes petits et cachés dans le haut des méats, ou de corps « étrangers existant depuis des mois et des années, ou de « rhinolithes ou de petites infiltrations gommeuses du labyrinthe ethmoïdal, on doit songer à une phlogose peu « réactive lente de la muqueuse peu dissolvante d'un sinus « ou de deux (parce que par exemple la suppuration du « maxillaire peut s'étendre au frontal comme aussi celle de « l'ethmoïdal antérieur, et vice versa), et les sinus simples « seront déterminés par tous les autres signes fournis soit « par la rhinoscopie soit par l'examen objectif ou subjectif « du malade, que j'ai exposé d'une manière détaillée pour « chaque sinus, dans mes six leçons sur la Pathologie et « la Chirurgie des sinus du nez, faites pendant l'année scolaire 1889-90 et publiées dans la Gazzetta delle Cliniche, « de Naples) 1890, organe des Instituts scientifiques. »*

Rappelons-nous qu'il y a une dizaine d'années les lésions des sinus, avec écoulement purulent, étaient parfaitement inconnues, et par leur ténacité et tous les autres ennuis qu'elles causaient au malade, on leur donnait en pathologie chirurgicale le nom de *pyorrhées* nasales, et dans la pratique *fistules* des cavités nasales, parce qu'on entendait souvent

sous le nom de fistule une lésion éternelle ou à peu près, et peu ou nullement curable. On les attribuait à des dyscrasies,

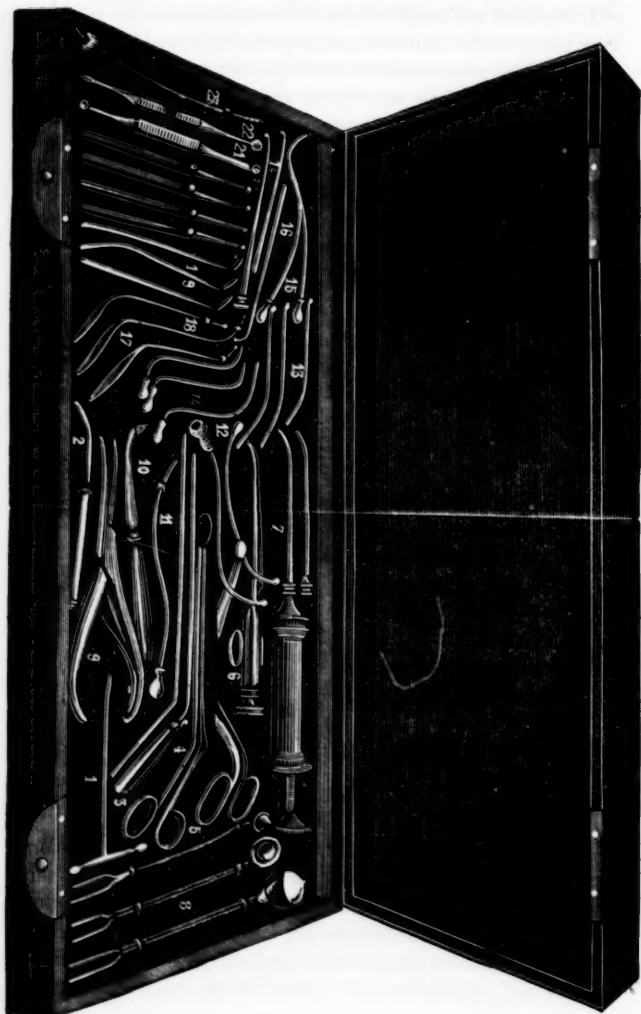


FIG. 16.

et on prétendait les guérir par des médications internes dépuratives!!! Seuls les progrès faits dans la rhino-chirurgie, des sinus nasaux, suffiraient à détromper encore une fois ceux qui ont été lents à se convaincre que le progrès est dû à la subdivision du travail scientifico-pratique, très accentuée en ces derniers temps, d'où la valeur des œuvres scientifiques, qui font toujours espérer mieux de l'avenir.

Nous pensons faire plaisir aux lecteurs des *Annales* en leur donnant ci-contre la reproduction de la boîte contenant tous les instruments nécessaires pour le traitement chirurgical des sinus du nez.

EXPLICATIONS DE LA FIGURE

1. — Trocart de Siebenmann, pour perforer les alvéoles dentaires.
2. — Canules du même, pour injecter des liquides antiseptiques, etc. à travers l'alvéole perforé.
3. — Manche pour appliquer des stylets pour explorer les cavités nasales et des instruments de traitement.
4. — Conchotome de Hartmann pour enlever les hypertrophies et les dégénéralions myxomateuses des bords ou extrémités des cornets, spécialement celles du cornet moyen, qui obstruent l'entrée des instruments dans l'ouverture des sinus frontaux et sphénoïdaux.
5. — Porte-pince à cuiller de Schæffer.
6. — Dilatateur des méats de Woakes.
7. — Seringue pour perforations, aspirations et injections de Luc, pour le sinus maxillaire à travers le meut nasal inférieur, méthode de Mikulicz, voie nasale.
8. — *Petite* lampe électrique de Cozzolino pour éclairer les méats du nez, et *grande* pour rechercher le symptôme de Voltolini, pour le sinus maxillaire. La petite sert aussi pour pratiquer la *rhino-tubo-pharyngoscopie antérieure à éclairage électrique postérieure*, méthode rhinoscopique de Cozzolino.
9. — Ciseaux ostéotomes de Fritsche.
10. — Perforateur du sinus maxillaire de Mikulicz, suivant sa méthode, voie nasale.
11. — Sonde vide ou cathéter de Hartmann pour irriguer le sinus maxillaire à travers l'hiatus et l'ouverture ordinaire du sinus maxillaire.
12. — Sondes vides ou cathéters du sinus maxillaire, pour injecter des solutions à travers l'ouverture ordinaire droite ou gauche.
13. — Curettes de Cozzolino pour la cavité de l'alvéole et des parois du sinus maxillaire.
14. — Sondes vides de Hartmann, pour irriguer les sinus frontaux.
15. — Sonde vide ou cathéter à double courant de Cozzolino, pour permettre l'issue du liquide injecté dans le sinus maxillaire par l'ouverture normale, quand l'alvéole dentaire n'a pas été perforée.
16. — Sondes vides de Cozzolino pour irriguer chaque méat et dans la perforation du sinus maxillaire, voie nasale, quand on doit procéder à un nettoyage soigné et à l'antisepsie des mêmes.
17. — Spéculum de Hartmann, pour explorer l'hiatus et l'ouverture des sinus maxillaires droit et gauche.

18. — Spéculum de Schæffer, pour explorer l'ouverture et le sinus sphénoïdal.
19. — Curettes de Cozzolino pour la voûte nasale, les cellules et le sinus ethmoïdaux, frontaux, etc., s'adaptant au manche 3.
20. — Trépan et perforateurs anciens des alvéoles dentaires, méthode de Cooper.
21. — Sonde à cuiller de Schæffer.
22. — Sonde à cuiller et à pointe de plume Schæffer-Cozzolino, pour dilater l'ouverture et racler la cavité sphénoïdale, ouvrir les sinus ethmoïdaux, la bulle ethmoïdale et les cellules du labyrinthe ethmoïdal.
23. — Cathéter de Schæffer, pour le sinus sphénoïdal.

II

DU MODE RESPIRATOIRE

PENDANT LA GYMNASTIQUE

Par le Dr **COÛETOUX** (de Nantes).

Toute médecine a commencé par l'étude des maladies ; ensuite seulement l'on s'est occupé de préciser la forme et le fonctionnement normal de l'organe. En dernier lieu vient l'étude de l'hygiène, c'est-à-dire des conditions dans lesquelles cet organe obtient, dans l'enfance, le meilleur développement par un fonctionnement régulier, et, dans l'âge adulte, la plus grande activité avec la moindre altération.

C'est que l'hygiène nécessite un ensemble de connaissances très complexe.

Il ne paraît pas que jusqu'ici l'hygiène de la respiration ait beaucoup guidé les hommes qui président aux règles de la gymnastique dans nos écoles. J'ai ouvert trois traités classiques : celui de M. Paz, le Manuel militaire, le Manuel de l'instruction primaire et secondaire de filles. L'ouvrage de M. Paz ne traite pas du mode respiratoire pendant l'exercice ; le Manuel militaire n'en dit pas un mot. J'ai été trouver de jeunes professeurs de gymnastique agréés dans les écoles du gouvernement ; je leur ai demandé quelles étaient leurs instructions à ce point de vue ; ils m'ont répondu qu'ils ne s'étaient jamais occupé de cela et qu'on ne leur en avait jamais parlé. — Que dirait-on d'un chauffeur à qui l'on

aurait expliqué les divers rouages de sa machine, mais qu'on n'aurait pas renseigné sur le moyen d'activer, de diminuer, d'économiser le tirage du foyer ? — Et pourtant il ne faut pas trop s'étonner : c'est tout au plus si la rhinologie, qui a fait tant de progrès en ces derniers temps, peut nous donner au point de vue respiratoire pendant l'exercice une réponse satisfaisante. — Questionnez à ce sujet des médecins, et vous verrez combien il y a désaccord.

La preuve de ce que je viens d'avancer se trouve dans les règles adoptées par le Manuel de l'école primaire de 1887, page 17. Voici ce qu'on trouve au sujet de la respiration dans ce petit traité fort bien fait : Pendant l'exercice « il faut inspirer par le nez, la bouche fermée ou entr'ouverte ; il faut autant que possible inspirer lentement et expirer à volonté suivant les circonstances. » Il y a déjà là un progrès très curieux sur ce qui est dit dans le Manuel primaire de 1880, page 13 : « On recommande donc aux élèves dans toutes les habitudes de la vie, mais surtout pendant les exercices, d'inspirer par le nez et d'expirer par la bouche. » Eh bien ! que le lecteur de ce travail veuille bien jusqu'à la fin de sa lecture inspirer par le nez et expirer par la bouche. J'en demande pardon à l'auteur du petit Manuel, mais voilà ce qu'on peut appeler tout simplement une scie ! En 1887 nous devons encore inspirer par le nez, mais nous expirerons comme il nous plaira : ce sera un progrès.

Après avoir montré où nous en sommes, il s'agit de trouver une base scientifique aux conseils que nous donnerons sur le mode respiratoire pendant la gymnastique. Je n'ai pas à parler ici de l'entraînement, bien que je croie la gymnastique la meilleure préparation à l'entraînement. Dans la gymnastique, il s'agit de développer le plus possible l'individu physique au point de vue fonctionnel et à celui de la correction des formes. Cette correction, c'est la beauté dans le sens de Platon, c'est-à-dire la manifestation du développement de toutes les aptitudes physiques. L'entraînement prépare à un acte déterminé, spécialisé et souvent déformé.

Pour déterminer le mode respiratoire, suivons d'abord ses modifications et leurs conséquences pendant l'exercice. Mais

d'abord supprimons un mode respiratoire parfois conseillé, le type naso-buccal. Il n'existe pas ; on ne peut respirer par le nez et la bouche simultanément. Dans un seul cas, la colonne d'air peut se diviser et passer, lors de l'expiration, en partie au-dessus, en partie au-dessous du voile du palais ; c'est dans la respiration phonétique, dans l'émission des syllabes nasales *an, en, on*, par exemple ; et lors de l'inspiration, dans une sorte de ronflement laissant à peu près les organes dans la situation où ils sont pour l'émission des syllabes nasales. Cette respiration naso-buccale ou phonétique est caractérisée par la tension active du voile.

Nous n'avons donc à nous occuper que de la respiration avec relâchement du voile : elle est buccale ou nasale.

La respiration buccale est une respiration de suppléance ; continuée pendant quelque temps, elle ne permet pas de modération dans l'apport de l'air, elle dessèche la muqueuse ; mais aussi elle suffit à une grande activité des organes, permet une course très rapide. La conséquence est que le cœur se trouve bientôt avoir donné son maximum d'effort, une asystolie normale se produit, il faut s'arrêter de suite, complètement impuissant, pour quelques instants du moins, car il ne subsiste aucune réserve, au contraire de ce qui se passe dans la respiration nasale. Si l'on prend l'habitude de cette respiration dans un exercice un peu actif, la glotte, dont la contraction préside à l'effort violent, mais passager, ne préside plus à l'effort devenu dans ce cas continu. La poitrine se soutient en s'appuyant sur les organes abdominaux que refoule le diaphragme ; c'est un point que nous reverrons.

La respiration nasale est seule la respiration continue normale. Seule elle doit être conseillée. Seule elle produit par la disposition même des organes cette modération dans l'apport de l'air sagement conseillée dans le petit Manuel primaire de 1887. D'abord il est absolument impossible, soit pendant l'exercice, soit pendant le repos, de se livrer quelques minutes seulement à cette bizarre préoccupation d'aspirer par la bouche et d'expirer par le nez ou réciproquement. Ceci montre combien il est imprudent de donner des conseils

sur des pratiques auxquelles on ne s'est pas soumis soi-même. L'inconscience doit présider à la respiration ; notre intelligence ne doit ici intervenir que pour mettre les organes dans la position de leur parfait fonctionnement, mais ce fonctionnement lui-même doit être automatique.

J'ai voulu étudier le mode respiratoire pendant l'exercice, en pratiquant moi-même la gymnastique, et j'ai pensé que la bicyclette était le meilleur instrument pour se livrer à cette étude, et voici pourquoi. Quand on se livre à l'exercice du vélocipède, on éprouve une grande fatigue à faire marcher les pédales ; cette fatigue diminue sans doute avec l'habitude ; mais elle existe toujours dans les côtes. Or elle est bien moindre lorsque le mouvement s'accroît ; il s'en suit que l'on tend toujours à aller de plus en plus vite pour diminuer l'effort. Ainsi le même motif qui nous fait ralentir la course à pied nous fait accentuer la marche du vélocipède ; et voilà comment on monte sur cet instrument encore plus avec ses poumons qu'avec ses jambes, si j'ose ainsi parler. C'est donc un instrument parfait pour étudier la respiration dans l'exercice.

Quand on commence à marcher sur un vélocipède en respirant par le nez, la respiration devient plus rapide. Pour y suffire, les narines se dilatent un peu. De la sorte non seulement l'air entre plus largement, mais le voile du palais n'est pas autant attiré en haut. C'est que, en effet, à mesure que l'aspiration s'accroît, le vide aspirateur qui se produit dans le nez par la dilatation des poumons attire en haut le voile du palais. Il se produit là ce qui se voit dans l'olfaction, avec cette différence que les aspirations courtes et saccadées que nous faisons pour sentir un objet refoulent bien plus activement en haut le voile du palais, et arrêtent presque complètement le courant aérien, peut-être même en modifient la marche et le dirigent en haut vers les muqueuses olfactives. Dans la respiration activée, le voile vient faire contrepoids au besoin d'aspirer l'air. Il a un rôle modérateur extrêmement utile pour protéger le cœur, parce que le mouvement de la marche tend à se ralentir par essoufflement nasal, si j'ose dire. Un moment arrive où le vide nasal applique com-

plètement les ailes du nez sur la cloison, et il faut ou bien s'arrêter ou bien ouvrir la bouche. Ainsi le voile du palais et ensuite les ailes du nez président à l'essoufflement, à l'anhélation. Ils protègent le cœur, parce que entre le moment où la respiration nasale est impuissante et celui où se produirait l'asystolie, il y a suppléance possible par la respiration buccale. Dans les exercices il sera sage d'arrêter l'exercice avant d'user de cette respiration buccale. Ainsi l'individu s'arrête non épuisé, à bout de ressource, mais ayant en réserve la respiration buccale, qui doit toujours n'être regardée que comme une suppléance. De sorte que le but de la gymnastique est de développer la respiration nasale.

Voilà pour l'aspiration. Mais voyons ce qui se passe dans l'expiration nasale. Son rôle, à en croire l'auteur du manuel qui conseille d'expirer par la bouche, doit être bien insignifiant. Il est vrai que l'on pourrait fortement l'embarrasser en lui demandant comment modérer l'aspiration, ce qu'il conseille de faire, si un orifice large, la bouche, préside à l'expiration et laisse se dégager rapidement l'air. — Pour moi, l'inspiration nasale protège le cœur : l'expiration nasale permet l'effort, protège les parois abdominales et contribue au maintien normal. — Et en effet, dans l'expiration nasale, le voile du palais, chassé par le courant d'air vers la voûte pharyngienne, se relève ; l'air n'est expulsé qu'avec une lenteur relative. Ainsi le voile maintient la cavité thoracique dans un état de dilatation suffisante pour permettre aux membres de s'appuyer sur elle. C'est donc à un fonctionnement normal du voile que nous devons l'effort continu, prolongé, l'effort qui maintient le corps droit, soutient la colonne vertébrale et préserve l'individu de ces voussures constantes chez les enfants dont les narines sont obstruées, voussures dont la gymnastique bien combinée du tronc et des membres empêche l'exagération, mais qu'elle ne peut prévenir, et qui prouvent amplement la nécessité d'établir des règles au sujet du mode respiratoire dans la gymnastique.

Ces règles doivent s'appuyer sur l'observation. Aussi pouvons-nous déjà leur trouver une base suffisante dans l'étude que nous avons faite de la respiration normale pendant l'exercice.

Suivant les lois établies par la physiologie normale, nous devons veiller pendant l'inspiration à protéger le cœur contre une activité excessive; par l'inspiration nasale elle aura l'avantage de développer la respiration nasale; c'est-à-dire la prise d'air normale. La bouche restant fermée par une habitude sagement établie, il s'y maintiendra le vide démontré par Donders dans ses expériences (pression négative de 6 à 7 millimètres) et qui contribue à prévenir la voussure de la voûte palatine que provoque l'aspiration nasale; la langue reposant, par suite de la fermeture buccale, entre les parties latérales des deux arcades alvéolaires, tendra à l'écarter et permettra aux follicules dentaires de se développer sur un espace suffisant. A mesure que l'aptitude à l'exercice s'accroîtra, la fonction respiratoire nasale deviendra plus active, mais si l'aspiration nasale est conservée, il y aura moins à craindre un excès de zèle de l'élève ou du professeur, car l'anhélation, l'essoufflement, préviendra la fatigue du cœur.

Dans le cas d'un obstacle à la partie postérieure des fosses nasales, gonflement de la muqueuse, végétations, le fait d'entr'ouvrir la bouche faciliterait la respiration nasale. Nous pensons que le professeur ne doit pas tolérer cette attitude qui dégénérerait vite en respiration buccale et ne contribuerait pas, comme le fait la fermeture de la bouche, au développement normal de la région. Il vaut mieux obliger à conserver dans la bouche un petit objet, une paille, un bout de caoutchouc, un grain de poivre, une fève de kola, plutôt qu'un caillou, lequel peut provoquer une érosion dentaire douloureuse par attaque de l'émail.

Sans doute il y aura quelque inconvénient à cette règle: c'est ainsi que si les professeurs veulent absolument veiller à la respiration nasale et exclusivement nasale pendant les exercices, ils ne seront pas sans s'apercevoir bientôt que beaucoup d'élèves ne peuvent suivre leurs sages conseils, et que les troubles de la fonction respiratoire sont infiniment plus fréquents qu'ils ne supposent. Le nez chez beaucoup d'enfants est absolument obstrué. Dans ce cas ils devront adresser l'enfant à un médecin compétent, et ce sera autant

d'enfants soustraits à la surdité, suite de l'obstruction nasale et de la respiration buccale.

L'expiration devra également être nasale, parce que l'effort sera ainsi plus soutenu, plus continu. Et d'ailleurs il est impossible de pratiquer quelque temps de suite pendant l'exercice l'un des temps de la respiration, aspiration ou expiration, par un orifice et l'autre temps par l'autre. Il est même assez curieux, après avoir vu parler longtemps par les médecins eux-mêmes de respiration naso-buccale simultanée, chose impossible, de voir conseiller par les pédagogues la respiration bucco-nasale ou naso-buccale alternative, aspiration buccale et expiration nasale ou l'inverse, chose également impraticable, non pour un instant, mais pour quelques heures, et de voir donner ce conseil pour *toutes les habitudes de la vie*. Ici toutefois je dois faire une réserve : la respiration avec aspiration nasale et expiration buccale est quelquefois pratiquée pendant un temps assez long, dans deux circonstances : chez le fumeur on la voit pratiquée parfois avec une certaine suite, et aussi comme phénomène agonique, qualifié en pathologie par le terme *fumer sa pipe*. Je ne pense pas que nos pédagogues s'autorisent de ces deux circonstances pour conseiller ce mode respiratoire.

Toutes ces inconséquences montrent combien la question est peu élucidée. En lisant le Manuel de l' cole primaire, à notre avis bien supérieur aux autres traités de ce genre, on voit qu'il y a là le sentiment d'une question importante à préciser. Mais les bases manquaient.

Ces bases se trouvent dans l'observation ; il faut pratiquer soi-même la gymnastique pour bien interpréter les phénomènes, et le professeur de gymnastique doit s'en rendre compte dans la limite possible. A ce point de vue, rien de plus juste que ces mots du Manuel de 1880 : « Le développement des organes de la respiration est l'un des buts principaux de la gymnastique scolaire ; et c'est aussi l'une des conditions essentielles de la bonne exécution des mouvements. » On aurait même pu dire que c'est le but capital, qu'il n'y a aucun inconvénient à le considérer comme le but

unique, puisqu'il est impossible de bien développer la respiration sans faire de la gymnastique avec un mode respiratoire rationnel, tandis qu'on peut faire un bon gymnasiarque au point de vue de la force, de la rapidité des mouvements (mais non de la correction du maintien) avec un mode respiratoire défectueux.

Dans une étude précédente, j'ai cherché à établir que l'effort reposait sur la fermeture de la glotte qui accumulait l'air dans le thorax ainsi soutenu par cette dilatation (effort violent et passager); ou bien sur le relèvement du voile du palais (effort continu dans lequel l'air trouve un demi-obstacle à sa sortie du thorax). On pourrait être étonné d'abord de l'importance de ce clapet qu'on appelle le voile du palais sur toute la structure de l'homme. Et pourtant qui pourrait la contester? Et dans l'industrie les plus merveilleuses machines, comme la machine élévatoire de Ch. Mongolfier, ne reposent-elles pas parfois sur un simple jeu de clapet?

Il y a un troisième mode d'effort. Comme les deux premiers, il repose sur le maintien, la fixation du thorax, car on ne comprend pas des bras et des jambes faisant un acte d'extension puissant sans point d'appui, sans fixation du thorax. Mais ici le moyen de fixation du thorax n'est plus intérieur à ses parois, ne repose pas sur son développement et sa dilatation. La respiration buccale laisse libre l'entrée de l'air qui entre et sort avec rapidité. Le thorax se penche en avant, le diaphragme refoule les viscères abdominaux, et, les tassant, prend point d'appui sur leur masse. Je reviens à dessein sur ce troisième mode de l'effort, parce qu'ici le diaphragme perd de son action inspiratoire, ne fait plus pénétrer profondément le fluide vital dans les vésicules pulmonaires inférieures. La masse intestinale refoulée donne un point d'appui aux muscles de l'abdomen qui attirent en bas, et fixent en la déformant la cavité thoracique. D'où la position courbée en avant, la voussure des gens dont les narines sont obstruées; d'où les hernies par refoulement de l'intestin, car l'effort violent par obstruction de la glotte s'ajoute ici très souvent à l'effort continu par fixation abdominale du thorax.

L'exercice de la bicyclette que je regarde comme très favorable à l'étude du mode respiratoire met tout particulièrement au jour les inconvénients de ce troisième mode d'effort. Le cycliste qui n'a pas été bien dirigé au début est amené, comme on a dit, à remplacer la force par la vitesse, et, se penchant en avant, à respirer par la bouche et fixer son thorax par la masse abdominale refoulée. On sera donc peu étonné de voir le facies de certains cyclistes, qu'on nous représente comme des entraînés exceptionnels; trop souvent la bouche est ouverte, les plis de la face mal accentués, il y a voussure dorsale. Evidemment il y a là un inconvénient du vélocipède, qui ne tient pas au fait de se pencher en avant, mais à la respiration buccale, et qu'il est utile de signaler. Que parfois il survienne, à la suite de cet exercice, quelques douleurs du long péronier latéral, la chose est de peu d'importance; mais il est très important de conseiller aux hommes et surtout aux enfants de ne pratiquer que la respiration nasale (1).

La conséquence de ce travail dans lequel on est à dessein revenu plusieurs fois sur les points principaux, est que toujours il faut respirer par le nez, que la respiration buccale est une respiration de suppléance et qu'elle doit s'accompagner du repos.

Bien que la question qui nous occupe ne semble avoir fait l'objet d'aucun travail méthodique, ce serait un erreur de croire qu'elle a pu être absolument laissée de côté, tout particulièrement de nos jours, par les hommes chargés de former rapidement les jeunes soldats. Ici elle s'imposait, et nous prendrons plaisir à étudier la méthode suivie en ce moment et mise à l'épreuve lors des dernières manœuvres par le capitaine Raoul. Faut-il toutefois appeler méthode un système d'entraînement dont voici les bases.

Tout repose dans l'art de progresser avec mesure. « La poitrine une fois domptée, l'entraînement n'est plus qu'une question de temps et de méthode. » « Pendant la course on respire par le nez et par la bouche pour permettre à l'air de

(1) Ces jours derniers, le Dr Ragonneau signale, dans la *Revue* de Moure, des laryngites catarrhales dues à la respiration buccale en bicyclette; mais il a grand tort, suivant nous, de considérer ce mode respiratoire comme imposé.

pénétrer facilement dans les poumons. En voici la cause : l'excitation produite par la rapidité de l'allure fait battre le cœur plus vite et envoie dans les poumons une plus grande quantité de sang. Il faut donc en même temps augmenter le volume d'air absorbé. — De même les poumons ayant une tendance très marquée à localiser leur fonctionnement pendant la course dans leur partie supérieure, peu à peu les points se paralysent et plus l'excitation dure, plus la paralysie gagne du terrain. Pour éviter ce grave inconvénient, nous recommandons aux hommes d'inspirer longuement et avec force environ toutes les 30 secondes afin que l'air en pénétrant dans toutes les cellules y rétablisse le fonctionnement normal. »

Je le demande : que peut-on entendre par dompter la poitrine, si ce n'est violer les lois de la nature, passer par dessus l'essoufflement pour arriver directement à l'asystolie, c'est-à-dire enlever une étape préservatrice établie par la physiologie normale grâce à la respiration nasale. Hélas ! je crains bien que dompter la poitrine ne soit ici dompter le cœur, provoquer des lésions irréparables. Il me semble en effet que si le vélocipède permet mieux que tout exercice l'étude de l'essoufflement, les règles acquises par cette étude sont plus importantes encore à suivre dans la course, où l'assuétude ne vient pas autant diminuer la rudesse de la tâche. — Ne parlons de la respiration par le nez et la bouche que pour signaler le conseil comme venant d'un homme qui, par profession, doit être compétent en la chose. Je répète, c'est impossible. — Que les poumons fonctionnent moins dans leur région inférieure pendant la marche, je ne sais ce qui l'a démontré, mais je le conçois si la respiration est buccale, le diaphragme refoulant l'intestin et ayant ainsi une course moindre. Le remède est donc la respiration nasale. Quant au conseil de respirer profondément toutes les 30 secondes, qu'on me permette de dire qu'il est mauvais comme tout conseil de prendre un soin continu d'un acte dont le caractère doit être, les organes étant convenablement disposés, de se faire avec une correction inconsciente et automatique. Penser comment on respire, c'est tout simplement aussi impos-

sible, à moins d'être physiologiste ou hypochondriaque, que de respirer à la fois par le nez et la bouche.

Ce travail terminé, qu'il nous soit permis d'émettre un vœu. Nous ne prétendons point avoir établi définitivement les règles du mode respiratoire dans l'exercice; mais notre désir est d'avoir fait accepter d'une part que ces règles doivent être fondées sur la science rhinologique, sur une étude sérieuse de l'état normal, d'autre part que la question est vraiment trop négligée à une époque où l'on parle tant d'exercices pour former la jeunesse, et où les hommes qui ont mission d'entraîner les jeunes soldats s'exposent, faute de connaissances approfondies, à provoquer des lésions irréparables. Il serait en effet bien irrationnel et imprudent d'établir la valeur d'une méthode d'entraînement sur les brillantes étapes kilométriques obtenues en un temps très court. Tout homme énergique et convaincu de sa méthode, ayant de la vigueur et de l'entrain, pourra nous donner ce mirage d'une jeune troupe parfaitement entraînée en peu de temps. Ces résultats ne prouveront rien en ce qui concerne la perfection de la méthode. Car celle-ci doit donner non des résultats rapides, mais des résultats durables et avec le moins d'altération possible des organes. Nous n'avons aucunement le droit de faire avec les hommes des expériences dont le moindre inconvénient est de n'aboutir à aucune démonstration, pas plus qu'une expérience faite avec des appareils de physique, mais non rationnellement conduite, ne saurait le faire.

En résumé, on voit par ce qui vient d'être dit, que, en physiologie comme en toute mécanique, la vitesse demande une disposition inverse des appareils à celle qu'exige l'effort. La course rapide de quelques minutes, la bouche ouverte; la course prolongée devra se faire la bouche fermée. La vie ordinaire demande la respiration nasale. La formule sera, pour obtenir de la vitesse : aspiration rapide et profonde, expiration très rapide; pour obtenir de la résistance : aspiration profonde, expiration prolongée. Cette dernière obtiendra son maximum de durée et développera les organes au lieu de les léser, si elle se fait la bouche fermée.

Il y aurait à ce propos des mesures très intéressantes à faire sur la durée relative de l'inspiration et de l'expiration, pendant le repos et l'exercice, mesures que j'entreprendrai au cas où les résultats de ces observations seraient contestés.

On n'a point eu la prétention de fournir une formule nouvelle, mais de donner un essai de théorie de la respiration nasale. Une explication acceptée de ce mode respiratoire nous préserverait de tentatives fâcheuses, telle que celles que j'ai tout à l'heure indiquées. Jusqu'à ce que notre façon de voir ou une autre meilleure soit acceptée, il ne faudra pas s'étonner d'essais d'entraînement faits sur des bases inacceptables, dangereuses pour le jeune militaire, calculées sur le nombre de kilomètres parcourus, plutôt que sur le développement individuel; et il serait puéril de reprocher à des militaires quelques erreurs physiologiques, quelles que graves que soient les conséquences de leurs erreurs, lorsque nous voyons aujourd'hui encore publier des travaux tels que celui du Dr Eborough Scatliff (valeur de la langue au point de vue de la respiration) et une réponse du Dr Smith, dans lesquels est prônée ou rejetée la respiration naso-buccale comme type de respiration continue! C'est ainsi que malgré les travaux français, on voit des médecins spécialistes s'arrêter encore à discuter comme emploi continu un mode respiratoire d'une réalisation impossible même une seule minute.

L'importance de la prise d'air respiratoire est plus grande encore dans la vie ordinaire qu'au point de vue de l'hygiène de l'exercice, particulièrement pour l'enfant, en ce qui concerne l'intégrité des premières voies respiratoires. L'enfant, qui, pendant l'étude, pendant le repos, respire par la bouche, est physiologiquement dans un état anormal. Il respire par la bouche, parce que le nez est obstrué, et la respiration buccale favorise cette obstruction, en ce que le nez, ne fonctionnant plus, s'atrophie; le cloaque rhino-pharyngien n'étant plus balayé par le courant respiratoire, atteint son maximum d'infectiosité; souvent les amygdales déjà gonflées acquièrent un certain degré d'inflammation chronique, traduisez d'infection continue.

Ces enfants, non seulement se développeront moins bien que les autres, pour les causes que j'ai dites, mais leur intelligence sera moins alerte, leur audition souvent moins fine; ils seront bien plus exposés à la diphtérie, qui, chez eux, trouve une surface de réception et de culture toute préparée. Aussi le gouvernement allemand prescrit-il aux instituteurs d'envoyer au médecin l'enfant qui tient habituellement la bouche ouverte. Allez donc en France demander pareille chose à un instituteur qui reçoit officiellement le conseil de faire pratiquer à l'enfant l'inspiration nasale et l'aspiration buccale, conseil dont, pour cause, il ne tient aucun compte.

Mais l'exercice n'en sera pas moins la pierre de touche de l'intégrité de la fonction respiratoire des premières voies. Car pour que la respiration nasale demeure possible, alors que la fonction se trouve ainsi suractivée, il faut qu'elle soit facile pendant le repos. A cette observation on peut joindre celle indiquée par M. Guguillot, à propos des sourds-muets, méthode spirométrique simple et pratique. Pendant la période préparatoire à l'étude de l'articulation on fait par l'enfant éteindre une bougie à bout de bras (45 à 60 centimètres). On pourra mesurer de la sorte combien un mode respiratoire défectueux altère la puissance de souffle.

Il faut penser que ces considérations sont opportunes à une époque où l'on s'occupe tant de l'infection, de la contagion, de l'introduction des virus dans l'organisme. Sachons bien que la meilleure de toutes les méthodes, à ce point de vue comme à bien d'autres, consiste à placer notre organisme dans les conditions que nous enseigne l'observation des fonctions normalement accomplies, car souvent la nature trouve dans le fonctionnement lui-même le remède aux dangers que ce dernier provoque. Si, en présence de la brillante bactériologie moderne, on est tenté de trouver le conseil suranné, on l'estimera au contraire bien nouveau et utile, quand on observera que la pratique n'est pas entrée encore dans les habitudes.

Reports bibliographiques. — Je tiens à rappeler ici que mon but principal a été de combattre d'avance les tentatives irrationnelles d'entraînement militaire auxquelles nous expo-

sent tous le service obligatoire. Ces tentatives montrent bien qu'une théorie acceptée est nécessaire pour faire adopter un mode respiratoire approprié aux exercices gymnastiques.

Le développement donné à l'étude de la respiration nasale trouvera son excuse dans l'exposé du complet désordre de la littérature militaire et médicale à ce point de vue.

Le *Manuel officiel* de l'école du soldat, de 1889, donne ce sage conseil : « L'instructeur recommande aux soldats de ne respirer autant que possible que par le nez, en conservant la bouche fermée; l'expérience a prouvé qu'en se conformant à ce principe, un homme peut fournir une course plus longue avec moins de fatigue (1). » Que ces sages conseils ne sont-ils suivis! On pourrait croire que l'on en trouverait le développement dans le manuel officiel de gymnastique. Nous avons dit qu'il n'en est rien. Nous devons au moins trouver l'exposé de la question dans l'hygiène de l'école de gymnastique militaire. Ici je ne vois pas même nommer l'organe nasal. En revanche, on insiste sur les diverses insertions du grand dentelé, etc. Pourquoi faire? L'hygiène de la gymnastique n'a-t-elle pas un rapport plus direct avec la respiration et le mode respiratoire, qu'avec toute autre partie de l'organisme.

C'est bien l'avis de deux auteurs des plus compétents en la matière; de M. le Dr Lagrange (*Hygiène de la gymnastique*) et de M. Tessié (*Hygiène des vélocipédistes*). Je devais citer ici ces deux ouvrages. Qu'il me soit permis à ce propos d'insister sur un point particulier ayant trait à l'exercice qui m'a servi à l'étude de l'acte respiratoire. M. Lagrange estime que la vélocipédie impose à la colonne vertébrale une attitude voûtée. C'est là une assertion qu'avec M. Tessié je n'accepte qu'au cas où la respiration est mal conduite et se fait par la bouche : la raison de cette restriction a été développée plus haut, et repose sur le rôle du voile du palais dans l'effort. (*Annales de Gouguenheim*. Octobre 1891.)

(1) De même le capitaine C. Vergnes, dans son *Manuel de gymnastique*, conseille la respiration uniquement nasale.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies du larynx, de la trachée, du nez et de la gorge, par le prof. L. SCHRÖTTER (de Vienne). Fascicules IV et V (23^e-31^e leçons) (W. Braumüller, éditeur, Vienne, 1889 et 1891.)

23^e LEÇON. — *Des lésions traumatiques du larynx*. — L'auteur attire l'attention sur ce fait que des lésions insignifiantes des parties molles accompagnent parfois des traumatismes graves du larynx : tuméfaction, extravasation sanguine, etc.

Certains liquides corrosifs donnent une laryngite qui ne peut être macroscopiquement distinguée de la laryngite diphthérique, et que l'auteur a vue traitée comme telle (soude caustique). Quelques lignes sont consacrées aux plaies faites dans le cours d'opérations. Ainsi par exemple, une longue plaie de l'épiglotte, bien cicatrisée d'ailleurs (figure n° 37).

24^e et 25^e LEÇONS. — *Corps étrangers du larynx et de la trachée et anesthésie locale*. — Ce chapitre, essentiellement clinique, est fort riche en observations personnelles des plus curieuses et des plus instructives. Il montre l'importance capitale de l'examen laryngoscopique, autant au point de vue du diagnostic dans les cas douteux, qu'à celui de l'intervention. Cette dernière se fera par la voie buccale, grâce à la cocainisation du larynx. Dans un cas, l'anesthésie générale par le chloroforme, a été employée chez un enfant de 5 ans, pour permettre l'extraction d'un fragment de coque d'œuf fiché dans le larynx.

26^e LEÇON. — *Des cicatrices*. — Il faut en distinguer deux groupes, les unes ne causent pas de rétrécissements, et l'on voit dans ces cas des pertes de substances et des déformations souvent sans troubles fonctionnels, qu'il s'agisse de l'épiglotte ou des cordes vocales mêmes. Les cicatrices avec sténose forment l'autre groupe; les plus curieuses, parmi celles-ci, sont les cicatrices membraneuses. Tous les intermédiaires existent entre un simple arrondissement de l'angle antérieur des cordes vocales, et leur réunion par une membrane transversale; cet état peut être congénital, héréditaire, le plus souvent il est acquis; dans ce dernier cas, le siège de prédilection se trouve dans l'espace sous-glottique. Au point de vue du diagnostic, l'auteur cite un cas où la confusion était facile entre une sténose laryngée et œsophagienne, cette dernière ressemblait absolument à la glotte.

27^e et 28^e LEÇONS. — *Du traitement de la sténose laryngée.* —

Dans un très grand nombre de cas, la guérison ou amélioration suffisante est obtenue par la méthode de l'auteur — dilatation graduelle à l'aide de sondes en caoutchouc vulcanisé — le traitement doit être continué longtemps après la guérison apparente. Plusieurs figures montrent des larynx avant et après le traitement. Quand il y a sténose chez un trachéotomisé qui ne peut se passer de canule, c'est le plus souvent au voisinage de la fistule que le rétrécissement est à son maximum, aussi est-il logique de faire dans ces cas comme dans les autres, la dilatation de haut en bas à l'aide d'instruments plus ou moins compliqués qui ont tous pour but de fixer une bougie ou un tube perméable à la fenêtre de la canule. Quel que soit l'instrument, c'est toujours à la dilatation lente qu'il faut avoir recours; la divulsion est douloureuse et n'influence pas la résorption des exsudats. Les divers procédés sont exposés et figurés. Après bien des essais, l'auteur en est revenu à son premier instrument, bougie courte à boule inférieure, fixée à l'aide d'une pince par la canule. Le fil passé par la bougie ne gêne guère les malades, et la bougie reste facilement en place 24 heures. Parmi les observations notons la suivante : chez un trachéotomisé il fut impossible de trouver la moindre lumière entre la plaie trachéale et le vestibule du larynx, un petit bistouri construit exprès fut poussé à travers les masses qui obstruaient le larynx exactement sur la ligne médiane et jusqu'à l'orifice trachéal, puis ramené en tirant un simple fil à sa suite. Graduellement, ce fil fut remplacé par du fil plus gros, des bougies, des sondes, et le malade respira enfin librement. La sténose membraneuse ou par brides, est traitée par l'incision unique ou les incisions rayonnantes avec dilatation.

29^e et 30^e LEÇONS. — *Des tumeurs bénignes.* — L'auteur partage l'opinion d'Eppinger sur les polypes, il n'y a pas de polypes myxomateux dans le larynx, assimilables à ceux du nez par exemple; les tumeurs considérées comme polypes myxomateux sont des fibromes œdématiés. L'auteur a constaté plusieurs fois la régression spontanée de papillomes, autant chez des sujets jeunes que chez des gens âgés. Nous lisons aussi l'observation d'une tumeur fort rare, un lipome du larynx, que l'auteur a coupé au galvanocautère, il pesait 10 grammes, et avait près de 4 centimètres de long. Les kystes ont été souvent vus après avoir été décrits par l'auteur pour la première fois.

L'auteur a enfin observé un cas de tumeur thyroïdienne, le

sixième cas observé jusqu'à présent. La tumeur du volume d'un haricot occupait la paroi latérale droite du larynx et était en dégénération colloïde. A propos de la symptomatologie, l'auteur met bien en lumière la tolérance du larynx pour les tumeurs bénignes dans un grand nombre de cas, à tel point qu'on voit souvent des malades demander l'intervention chirurgicale, non pour soulager leur souffrance, mais pour mettre fin aux questions et à la sollicitude agaçante de leur entourage.

31^e et 32^e LEÇONS. — *Traitement des tumeurs bénignes.* — Description des divers instruments tranchants, des pinces, des écraseurs, etc. La méthode de Voltolini (écouvillonnage), est rejetée d'une façon absolue; viennent ensuite les caustiques, électrolyse, la galvanocaustique. Quelle que soit la méthode employée, l'auteur a toujours soin d'exercer ses malades pendant plusieurs jours, pour éviter les mouvements brusques pendant l'opération.

Nombreuses figures laryngoscopiques.

33^e LEÇON. — *Tumeurs malignes.* — L'auteur a eu l'occasion de voir un carcinome primitif du larynx chez une fillette de 3 ans 1/2, chez une autre de 10 ans, et un nombre considérable de fois chez des gens de 30 à 35 ans. Le siège de prédilection se trouve à la partie antérieure de la corde vocale. L'auteur a maintes fois vérifié ce fait que l'adénopathie et les métastases viscérales sont relativement très rares dans le cancer du larynx; d'autre part la marche du mal est lente; 3 ans est la durée moyenne, et on ne trouve parfois aucun changement durant des mois. Le diagnostic présente des difficultés bien plus grandes qu'on ne veut bien l'avouer en général, et il ne faut pas hésiter à extraire des parcelles de tissu prises assez profondément pour en faire un examen histologique. Cette intervention est absolument inoffensive. D'ailleurs, si la petite plaie, au lieu de se fermer devient ulcéreuse, le diagnostic sera fait par cela même. Quant à l'intervention, l'auteur rejette énergiquement toutes les opérations par voie buccale, elles ne peuvent être suffisamment complètes; restent la thyrotomie et l'extirpation partielle ou totale du larynx et la première de ces opérations ne sera souvent qu'exploratrice et précédera l'extirpation. L'observation suivante présente un intérêt tout particulier: femme de 28 ans, atteinte d'un sarcome de la corde vocale supérieure droite, fort volumineux, opérée par Billroth. Le cartilage thyroïde fut incisé transversalement (comme chez les suicidés) au-dessus de son tiers supérieur, de sorte que l'incision se trouva au ni-

veau des sinus de Morgagni, et que la corde vocale inférieure fut épargnée. La tumeur fut complètement énucléée, le cartilage suturé au catgut, et le résultat phonétique définitif excellent.

34^e LEÇON. — *Diagnostic différentiel des ulcérations et cicatrices.* — Les ulcérations dites catarrhales sont inadmissibles. Dans tous les cas ainsi intitulés il y a deux causes infectieuses plus ou moins évidentes, comme la pneumonie, la grippe, etc. Quant au diagnostic des ulcérations syphilitiques, tuberculeuses, lupiques, etc., l'auteur insiste beaucoup sur les différents signes distinctifs, mais dans les cas réellement difficiles, c'est l'examen des autres organes qu'il faut savoir faire. M. W.

Les troubles moteurs du larynx d'origine névropathique, par ANTONINO D'AGUANNO (*Palermo. G. et S. Zapulla. 1 broch. in-8° de 94 pages. 1892.*)

La laryngologie commence à peine à être connue en Sicile, nous dit l'auteur ; ce petit livre n'a d'autre but que d'y aider à sa vulgarisation. Il y réussira, car avec une grande clarté, il expose l'infinie variété des laryngopathies d'origine nerveuse. Après une brève introduction qui résume l'anatomie et la physiologie neuro-musculaire de l'organe vocal, il aborde l'étiologie à laquelle il fait la plus grande part ; procédant du connu à l'inconnu, il trace dans cette étude quatre divisions, paralysies périphériques, bulbaires, cérébrales et toxiques ; peut-être aurait-il mieux valu fondre ce dernier groupe dans les précédents, puisque, en somme, les poisons n'agissent qu'en déterminant des lésions d'un des trois départements nerveux. Certains points, ceux en litige, sont particulièrement étudiés : le chapitre qui traite de la paralysie des dilatateurs, celui qui étudie les localisations des centres moteurs du larynx, sont à lire. La symptomatologie est plus écourtée ; l'auteur admet trois formes de troubles moteurs laryngés : 1^o les *hyperkinésies* (spasmes de la glotte chez l'enfant, de l'adulte, etc.) ; 2^o les *hypokinésies* (paralysies des dilatateurs, des adducteurs, des tenseurs, hémiplegie laryngienne, etc.) ; 3^o les *ataxies* (dont avec Gottstein il admet deux modes principaux : crampe fonctionnelle phonatoire, crampe inspiratoire). Une courte revue de thérapeutique termine l'ouvrage. M. L.

L'empyème du sinus maxillaire, par C. Bloch, d'après 26 cas observés à la clinique de P. Michelson. (*Inaug-Dissert, Koenigsberg, 1890.*)

Comme cause rare de l'empyème du sinus maxillaire, Bloch

cite les néoplasmes, la section du nerf infra-orbitaire. La carie dentaire et les polypes du nez ont été tantôt regardés comme cause tantôt comme effet de la suppuration de l'antre d'Highmore. La carie dentaire inaugure d'ordinaire la série morbide; les polypes, au contraire, sont le plus souvent secondaires. La guérison spontanée est exceptionnelle. Parmi les symptômes importants: obstruction, hypersécrétion nasale, céphalées, cacosmie subjective et objective. Parmi les complications: eczéma des narines, polypes muqueux, nécrose du frontal, abcès de l'orbite, métastases pyémiques.

Le diagnostic, en dehors des données fournies par la rhinoscopie postérieure, et par la fétidité de l'écoulement du pus dans les différentes positions de la tête, sera complété par la ponction exploratrice et par la *percussion* d'après la méthode de Link.

P. TISSIER.

Coupes faites après congélation servant à l'étude de l'anatomie des fosses nasales, par le prof. Dr B. FRAENKEL. (*Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhle*, 2^e partie, Berlin 1891, chez Hirschwald, éditeur.)

La première partie de cet ouvrage, qui contient 6 planches des coupes horizontales du crâne, a été analysée à la page 115 de ce recueil; dans la seconde partie (9 planches) on trouve des coupes transversales et antéro-postérieures.

Pour les coupes *horizontales*, le crâne a été scié en quatre tranches, et les 6 planches reproduisent la surface inférieure de la première, les surfaces supérieures et inférieures des deuxième et troisième et la surface supérieure de la quatrième tranche. La première coupe qui sépare la première tranche de la deuxième est faite au niveau de la racine du nez, la deuxième coupe est faite à 12 ou 13 millimètres plus bas, et la troisième coupe est séparée de la deuxième par une épaisseur de 10 à 11 millimètres.

Les coupes *transversales* ont été obtenues en sciant le crâne en cinq tranches. Les gravures nos 7 à 15 représentent les surfaces antérieures et postérieures de ces tranches. Les gravures nos 16 et 17 représentent la moitié droite et la moitié gauche d'un crâne divisé dans son diamètre antéro-postérieur, un peu à gauche du plan médian.

Sur la moitié droite on voit par conséquent la cloison intacte, tandis que sur la moitié se montrent les cornets et la paroi externe de la cavité nasale. Pour donner sur ces deux moitiés une idée claire et nette de la cavité naso-pharyngienne, l'auteur

a choisi un crâne sur lequel le voile du palais se trouve moins relevé qu'on ne l'observe habituellement sur les autres crânes congelés.

Les photogravures sur cuivre donnent une idée très nette de la topographie des fosses nasales, et l'atlas de l'auteur peut être vivement recommandé à tous ceux qui s'occupent de notre branche, surtout s'ils n'ont pas à leur disposition de nombreuses préparations et coupes anatomiques. LICHTWITZ.

Annual of the universal medical Sciences, par CH.-E. SAJOUS, année 1891, 5 volumes, chez F. A. Davis. — Prix: 20 dollars. (*Philadelphie, New-York, Chicago, Londres.*)

Notre savant confrère le Dr Ch.-E. Sajous publie, depuis quelques années, cette encyclopédie, avec le concours d'un grand nombre de médecins américains et étrangers. C'est dans le volume IV que se trouvent les différentes matières de notre spécialité; l'otologie est traitée par C. S. TURNBULL et A. AMES BLISS, la rhinologie, par CH. E. SAJOUS et C. SUMNER WITHERSTINE, la laryngologie et les maladies de l'œsophage, par J. SOLIS-COHEN; les maladies du pharynx, par BRYSON DELAVAN; celles du corps thyroïde, par FR. H. HOOPER; enfin l'intubation du larynx, par E. FLETCHER INGALS. Citer de pareils noms suffit pour montrer la valeur de cette œuvre, que tout travailleur pourra et devra consulter avec le plus grand profit. On comprendra aisément qu'il est difficile d'analyser une encyclopédie aussi vaste, et nous ne pouvons que féliciter l'auteur et l'éditeur de continuer avec tant de succès une œuvre si indispensable. A. G.

Etude sur l'exalgine d'après les observations prises à l'hopita Lariboisière, par le Dr E. DESIRÉ. (*Société d'études scientifiques*, 8, rue du Centre, Neuilly-Paris.)

De cette étude faite dans notre service, nous extrayons l'analyse d'une partie qui intéressera les lecteurs de ce recueil: nous voulons parler de l'emploi de ce médicament pour combattre la vive douleur et la dysphagie dont souffrent les malades atteints d'aryténoidite tuberculeuse. L'auteur cite un certain nombre de ces cas si douloureux, où la dysphagie a été calmée très rapidement, en quelques jours, par l'emploi d'une dose minima de 0,25 centigrammes prise en une seule fois, ou de 0,50 centigrammes prise en deux fois. La dysphagie de cause cancéreuse a pu être calmée par l'emploi de ce médicament, mais moins complètement. A. G.

XIV^e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ITALIENNE

(Sienne, 16-20 août 1891.)

(Résumé d'après le compte rendu du *Bollettino delle Malattie dell'Orecchio*, etc.)

Séance du 17 août.

Président : M. GRAZZI. — Vice-Président : M. EGIDI.

Secrétaire : M. MASUCCI.

Chirurgie du nez, par M. NICOLAI (de Milan). — La thérapeutique des maladies du larynx ne pourra donner de résultats avantageux que si l'on y joint celle des cavités naso-pharyngiennes. Les lavages, unis aux agents astringents ou caustiques, donnent peu de succès : l'électrolyse a une action trop lente et produit des douleurs qui ne compensent pas ses avantages ; la galvanocautique produit de la fièvre, des névralgies. A tous ces procédés, il faut préférer l'instrument tranchant ; l'opération sera précédée d'une sérieuse antiseptie et suivie d'une réfrigération permanente destinée à modérer la réaction inflammatoire.

Coexistence de la syphilis et de la tuberculose laryngée, par M. FASANO. — L'auteur, d'accord en cela avec Schnitzler, croit l'examen laryngoscopique suffisant pour faire la différenciation de ces deux processus.

Ses études l'ont mené aux conclusions suivantes :

1^o La coexistence de la syphilis avec la tuberculose du larynx est un fait qui doit attirer spécialement l'attention des laryngologistes.

2^o La transformation des lésions syphilitiques en lésions tuberculeuses a été observée trois fois : Schnitzler et Massei sont divisés sur ce point.

3^o Il y a des cas où la tuberculose se développe sur un fond syphilitique ; à une infection s'en ajoute une autre.

4^o En tous cas, il faut instituer un traitement général anti-syphilitique très actif pour combattre l'infection la plus accessible à un moyen thérapeutique ; et en même temps pratiquer le traitement local des lésions tuberculeuses du larynx.

5^o Et après avoir combattu la syphilis, le médecin concentrera toute son attention sur la tuberculose.

Discussion :

M. MASSEI a observé des faits d'hybridité semblables bien avant la découverte de Koch. Mais, contrairement à Schnitzler, il croit le laryngoscope souvent impuissant à faire un diagnostic différentiel entre la syphilis et la tuberculose laryngée ; le traitement spécifique donnera la solution du problème.

M. COZZOLINO voit dans ces cas des faits d'hybridité pathologique et non pas de pure coexistence, comme le dit M. Fasano.

Tubage du larynx dans les sténoses aiguës et chroniques, par M. EGIDI. — Le tubage doit être tenté préalablement à la trachéotomie, toutes les fois qu'il y a une sténose du larynx, de quelque nature qu'elle soit. Par ce moyen, sur six cas personnels, il a obtenu trois succès.

Discussion :

M. MASSEI dit avoir obtenu d'excellents résultats du tubage dans 15 cas de sténoses variées du larynx. Le tube n'est pas seulement un palliatif : c'est également un agent de guérison. A MM. Nicolaï et Poli, qui demandent qu'avant de trachéotomiser un enfant, on fasse son examen laryngoscopique, il répond que cela est peu pratique, étant donné les immenses difficultés que rencontrerait une telle manœuvre dans le jeune âge ; comme guide, il suffit de se servir de l'index gauche qui soulève bien l'épiglotte et dirige le tube.

Le traitement de Liebreich. — M. MASUCCI a expérimenté cette méthode (injections de cantharidate de potasse) dans deux cas ; les résultats furent nuls ; il survint des accidents rénaux ; peut-être y eut-il cependant une légère diminution de l'infiltration dans les parties tuberculeuses.

Discussion :

M. MASINI a expérimenté la méthode de Liebreich et a vu survenir dans tous les cas des néphrites : cependant, il a parfois observé une légère amélioration des lésions laryngées.

M. FIGANO refuse toute influence curatrice à la cantharidine, comme du reste à la lymphe de Koch : les légères améliorations observées au début de son emploi résultent d'une sorte d'action suggestive sur le moral des malades.

Séance du 18 août (matin).

Soixante tubages du larynx dans le cas de croup, par M. EGIDI.

— Sa statistique personnelle donne 19 0/0 de guérisons ; et 25 0/0 si on la joint à celle de Massei.

Il a modifié un peu le tube en le rendant plus court et percé d'une lumière plus large : il se sert d'un mandrin introducteur tubulaire : le sifflement de l'air qui le traverse avertit qu'on pénètre dans le larynx.

Discussion :

M. CONCATTI. — Bien que sur quatre cas de croup primitif il n'ait trouvé que trois fois le bacille de Klebs-Löffler, cependant, malgré ce résultat négatif, il se croit autorisé à conclure à l'identité de nature du croup et de la diphtérie.

Certes, d'autres agents pathogènes (diplocoques, staphylocoques, etc.) peuvent engendrer une laryngite aiguë pseudo-membraneuse.

Cependant, ce sont là des faits d'exception, comparativement à la fréquence de la diphtérie laryngée.

M. CORRADI croit qu'il y a lieu de préférer la trachéotomie au tubage. La première donne au moins 30 0/0 de guérisons, tandis que le tubage, d'après les statistiques d'Egidi et de Massei, ne fournit qu'une proportion de 27 0/0. D'ailleurs, la trachéotomie, opération sanglante, est généralement pratiquée tard, à une période plus défavorable que celle où on fait le tubage ; d'où résulterait encore un plus grand avantage à son actif, si elle était, elle aussi, pratiquée de bonne heure.

M. MASSEI espère que, quand le tubage se répandra parmi les médecins, il donnera des résultats encore meilleurs ; du reste, il faut toujours, quand on pratique le tubage, avoir sous la main une boîte à trachéotomie pour parer aux accidents possibles.

M. DIONISIO, employant le tubage seul dans le croup, a eu 31,5 0/0 de guérisons.

Séance du 18 août (après-midi).

Un cas d'aphonie hystérique, par M. DAMIENO. — Il rapporte un cas de paralysie d'une corde vocale avec contracture de la corde vocale du côté opposé ; deux séances de massage suffirent à amener une guérison complète.

Discussion :

M. MASSEI estime que la recherche des zones hystérogènes sur la muqueuse pharyngo-laryngée est très importante pour permettre le diagnostic d'une laryngoplégie hystérique.

M. FICANO a guéri un cas d'aphonie hystérique par la suggestion à l'état de veille. Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, devenue subitement aphone et chez qui, cependant, la sensibilité et la motilité du voile du palais et du larynx étaient absolument normales.

Après plusieurs améliorations et rechutes, Ficano lui déclara qu'il allait, par une médication des plus énergiques, lui rendre pour toujours la parole; il lui fit un badigeonnage intra-laryngé avec une solution d'huile très légèrement mentholée; la voix reparut immédiatement.

M. MASSEI dit que les manières de traiter l'aphonie hystérique doivent beaucoup varier suivant la forme des troubles glottiques que révèle le laryngoscope. L'hypnotisme n'est pas toujours applicable. Parfois la simple application du miroir suffit à faire revenir la voix; d'autres fois, celle-ci ne reparait que peu à peu, sous l'influence de l'électrisation directe.

Photographies instantanées des cavités pharyngo-laryngées.

— M. NICOLAÏ présente une série d'épreuves prises sur le vivant.

Signification diagnostique des troubles de perception des sons aigus et graves dans les maladies de l'oreille, par M. CORRADI.

— Dans les maladies profondes et anciennes de l'oreille moyenne ou interne, seule la perception des sons aigus est altérée. Dans aucun cas, la perceptibilité des sons graves n'est diminuée; parfois même elle est légèrement exaltée.

Il présente ensuite deux instruments nouveaux: l'un pour la galvanocaustique de la partie postérieure du cornet inférieur; l'autre pour l'extirpation du tympan.

Séance du 19 août.

Diphthérie chronique du nez. — M. LUIGI CONCETTI cite l'observation d'un enfant qui, depuis deux mois, était atteint d'une rhinite avec sécrétion sanieuse et formation de pellicules blanches, sans fièvre cependant, ni altération de l'état général. L'examen bactériologique montra dans ces fausses membranes le bacille de Löffler en grande abondance. Il y a deux mois que l'affection persiste et les fausses membranes se reforment encore. Il s'agit ici d'un de ces cas rares de diphthérie chronique signalée par M. Cadet de Gassicourt; mais l'auteur ne saurait admettre avec le médecin français que cette forme de diphthérie n'est aucunement dangereuse ni pour celui qui le porte ni pour son entourage; cette idée est en contradiction avec les enseignements

de la science. Il faut, au contraire, le traiter énergiquement comme s'il s'agissait d'un cas de diphtérie franche.

Opérations intra-tympaniques. — M. POLI fait l'histoire de la mobilisation de l'étrier, des méthodes proposées pour l'exécuter, et énumère les indications qui la justifient. C'est une opération inoffensive, qu'il faut pratiquer dans tous les cas de bourdonnements ou de surdité rebelle aux autres moyens thérapeutiques.

Discussion :

M. TOTI demande s'il persiste, à la suite de l'opération, une perforation du tympan qui serait suffisante à elle seule pour améliorer l'audition.

M. POLI répond négativement, insistant sur la facilité avec laquelle se cicatrisent les plaies tympaniques.

M. FICANO considère cette opération comme inutile, ses résultats étant nuls.

M. MASINI admet que la principale indication de cette opération est la surdité paradoxale.

Technique chirurgicale et instruments pour les sinus du nez. — M. COZZOLINO insiste sur les grands progrès faits depuis dix ans dans cette partie de la rhinologie. Il rappelle à la Société qu'il est le premier médecin italien, en date, qui se soit occupé de cette opération; qu'il a contribué à perfectionner les instruments dont on se sert et qu'il a eu le mérite de réunir dans une boîte tous les instruments nécessaires pour la chirurgie des sinus du nez.

Extirpation partielle du larynx pour un carcinome. — M. TOTI a, pour la première fois, pratiqué cette opération à Florence. Il est de la plus haute importance d'assurer dès le début un diagnostic précis en faisant l'examen histologique d'un petit fragment de la tumeur enlevé par les voies naturelles.

Pour ce qui a trait à l'opération, il y a avantage à drainer la plaie à l'aide de tubes de verre dans sa partie inférieure et s'ouvrant à la peau par une contre-ouverture pratiquée autant que possible sur les parties latérales du cou; ce procédé permet de maintenir la cavité opératoire bourrée de gaze iodoformée pendant plusieurs jours, ce qui laisse la plaie suturée se réunir par première intention, et sans fièvre.

Discussion :

M. CORRADI s'élève contre cette opération. L'évolution fort

lente des tumeurs malignes du larynx ne justifie pas une intervention aussi grave, et qui n'empêche aucunement les récidives, tout en exposant l'opéré à des douleurs violentes et à des accidents de haute gravité.

Ulcérations pharyngées de Heryng. — M. MASUCCI en a observé trois cas. Il termine sa communication par les conclusions suivantes : « Les ulcérations bénignes de Heryng ont un caractère typique *sui generis*, permettant de les distinguer aisément des autres processus pathologiques qui se produisent au même endroit. D'ordinaire, la lésion est unilatérale et reste isolée. L'ulcération est oblongue et affecte comme siège de prédilection la voûte du palais et les piliers. Elle est accompagnée de fièvre sans altération appréciable des amygdales. L'ulcération est couverte par une fausse membrane blanc grisâtre qui, en dix ou douze jours, guérit sans laisser de cicatrices. Les recherches bactériologiques faites jusqu'à ce jour nous font croire que les agents pathogènes en sont le streptococcus monomorphus, et le streptococcus variegatus, d'après les constatations de Heryng, Bujwid et Masucci. »

Contribution annuelle (1890-91) à la pathologie et à la chirurgie de l'apophyse mastoïde, etc. — Au nom de M. R. CIMMINO absent, M. Cozzolino fait la lecture de ce travail ; il a trait aux cas observés à la consultation de l'hôpital clinique de Naples dont Cozzolino est le directeur. Dix cas de mastoïdites, un cas de cholestéatome des cellules mastoïdiennes, deux cas de sclérose de ces cellules dont les observations sont résumées dans un tableau statistique.

M. L.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Affection du nerf auditif dans la néphrite, par G. GRADENIGO.
(*Il Sordomuto*, octobre 1890.)

Il s'agit d'une femme de 22 ans qui, à la suite d'une attaque d'influenza, fut atteinte d'albuminurie chronique. Elle présentait des troubles visuels dus à une double névro-rénite. En même temps, bourdonnements d'oreilles, demi-surdité, accidents vertigineux. L'examen électrique, par le procédé de l'auteur, montra que ces troubles relevaient d'une lésion de l'oreille interne. Gradenigo en tire cette conclusion que, chez les brightiques, les

nerfs auditifs peuvent présenter des altérations périphériques analogues à celles qui ont depuis longtemps été constatées sur les nerfs optiques.

M. L.

Observations bactériologiques sur les furoncles du conduit auditif externe, par A. MAGGIORA et G. GRADENIGO. (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, juillet-août 1891, n^{os} 7 et 8, p. 713.)

A. Au point de vue clinique, les auteurs ont constaté la coïncidence fréquente des furoncles du conduit auditif externe avec la furonculose généralisée.

Cette forme d'otite externe se montre surtout chez les personnes qui, soit pour calmer un prurit, soit pour extraire du cérumen, ont la fâcheuse habitude d'introduire des corps durs dans l'oreille. Cependant — contrairement à ce que l'on serait en droit de supposer *a priori* — la furonculose auriculaire n'est pas plus fréquente à droite qu'à gauche.

Cette circonstance étiologique confirme l'hypothèse de Schimmelbusch qui réclame pour la production du furoncle, la pénétration des microbes dans les follicules pileux à l'aide d'une friction ou d'une pression énergiques.

B. Les études bactériologiques des cas observés ont fourni les résultats suivants : dans le plus grand nombre de faits, Maggiora et Gradenigo ont trouvé le *staphylococcus pyogenes aureus* ; puis, par ordre de fréquence décroissante, l'*albus*, le *citreus*.

Dans un cas, ils ont rencontré, associé à l'*albus*, de nombreuses colonies du *bacillus pyocyaneus*, qu'ils ont reconnu identique à celui décrit par Gessard sous le nom de variété A.

Ces recherches ne sont pas d'accord avec celles de Löwenberg qui, dans les cas semblables, assigne le premier rang comme fréquence au *staphylococcus pyogenes aureus* ; en revanche, elles confirment les résultats de Klein et ceux de Schimmelbusch.

La présence du *bacillus pyocyaneus* dans le furoncle de l'oreille n'a encore été signalée par aucun auteur.

M. L.

Observations bactériologiques sur les otites moyennes purulentes, par A. MAGGIORA et G. GRADENIGO. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, juillet-août 1891, n^{os} 7 et 8, p. 490.)

Les auteurs divisent les cas qu'ils ont étudiés en trois catégories :

1° Cas où le pus fut recueilli immédiatement après la paracentèse du tympan.

2° Cas où le pus fut recueilli de 20 à 30 jours après la production d'une perforation spontanée.

3° Cas où le pus fut recueilli sur des otites absolument chroniques et durant depuis des années.

Dans la première catégorie des faits, le diplocoque de Fraenkel se montre en culture presque pure dans plus de la moitié des cas (28 fois sur 54).

Viennent ensuite par ordre de fréquence le staphylococcus pyogenes albus (8 : 54), le staphylococcus pyogenes tenuis (5 : 54), le staphylococcus pyogenes (8 : 54).

Dans la seconde catégorie, le pneumocoque devient moins fréquent (22 : 63). On trouve plus souvent les microbes pyogènes : Staphylococcus pyogenes albus (22 : 63), streptococcus pyogenes (13 : 63).

Dans la troisième catégorie, le pneumocoque fait totalement défaut; les microbes pyogènes existent seuls ou presque seuls : Staphylococcus pyogenes albus (16 : 25), aureus (14 : 25).

D'autre part, l'examen bactériologique comparatif des cavités de l'oreille moyenne et du rhino-pharynx a montré aux auteurs que, si très souvent — chose déjà connue — l'infection remonte du nez vers l'oreille par la voie tubaire, inversement la lésion de la caisse peut, par la même cause, ensemençer le pharynx nasal; de telle sorte qu'il n'y a de guérison possible et définitive de l'otite moyenne que si l'on guérit en même temps la rhinite postérieure qui l'entretient ou qui en résulte.

M. L.

Contribution à l'étude de l'étiologie des otites catarrhales, par

A. MAGGIORA et G. GRADENIGO. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, juin 1891, n° 6, p. 397.)

Confirmation bactériologique des recherches cliniques récentes tendant à démontrer que, dans le plus grand nombre des cas, l'otite moyenne relève d'un processus inflammatoire développé dans le rhino-pharynx et de là propagé aux caisses par les trompes. Dans 16 cas sur 20 examinés par eux, les auteurs ont rencontré les mêmes espèces microbiennes dans les sécrétions nasales et dans celles recueillies dans l'oreille moyenne.

Mais, en s'appuyant sur ces considérations pathogéniques, il y a lieu, disent-ils, de rejeter la division, cependant justifiée au point de vue clinique des otites moyennes en purulente et catarrhale, toutes deux pouvant, en effet, être facteur des mêmes

microbes pathogènes. C'est surtout dans le mode de la réaction individuelle qu'il faut rechercher le pourquoi de cette distinction symptomatique.

M. L.

L'otite externe chez les névropathes, par A. TRIFILETTI.
(*Bollettino delle malattie dell' orecchio*, n° 10, octobre 1891.)

L'auteur attire l'attention sur une forme encore peu étudiée de cette maladie, dont il rapporte quatre observations. Il s'agit d'une modification spéciale qu'imprime à la symptomatologie de l'otite externe le terrain sur lequel elle évolue. Deux symptômes locaux en dominent la phénoménalité : 1° douleur extrêmement intense avec irradiations variables, mais hors de proportion d'avec l'état local ; 2° tuméfaction extrême de la peau du conduit, mais tuméfaction froide, pâle, sans tendance à la suppuration, et comme symptômes généraux : pas de fièvre, rien que des réactions nerveuses commandées par la neurasthénie ou l'hystérie en puissance. La physiologie pathologique de cette forme morbide peut être résumée par le mot *faiblesse irritable* des tissus : exaspération des impressions sensitives et des actions vaso-dilatatrices.

Comme traitement, préférer aux agents émollients les irrigations légèrement astringentes.

M. L.

Un bon remède contre les otites moyennes purulentes chroniques et l'otorrhée, par V. GRAZZI. (*Bollettino delle malattie dell' orecchio*, etc., anno IX, n° 5, mai 1891, p. 105.)

L'apparition d'un nouveau médicament est toujours saluée d'un accès d'enthousiasme dont le praticien prudent sait se garder — surtout quand la médication nouvelle se vante de guérir une affection aussi désespérément tenace que l'otorrhée. Avec cette sage défiance, Grazzi a expérimenté le sozoiadol (combinaison d'iode, de soufre et de phénol) chaudement recommandé en 1890 par Nitschmann contre les suppurations chroniques de l'oreille moyenne ; et il a dû cependant reconnaître que le nouvel agent thérapeutique est à la hauteur de sa renommée. Les résultats sont excellents ; de vieux écoulements sont définitivement taris en deux ou trois semaines ; d'autres reparaissent après cessation du traitement, mais cèdent à une deuxième cure. On emploiera le sozoiadolate de potasse sous deux formes : 1° Solution aqueuse de 3 à 10 0/0 que l'on peut injecter en assez grande quantité dans l'oreille moyenne par la perforation tympanique ; peu importe que le malade avale la solution qui retombe dans la gorge, car elle n'est pas toxique ;

2° poudre mélangée au talc dans la proportion de 15 0/0, qu'on insuffle dans le conduit auditif externe.

M. L.

La pression endo-tympanique, par SECCHI. (*Il Sordomuto*, octobre 1890.)

Expériences faites sur des chiens et des chats.

Elles ont donné les résultats suivants :

1° La pression, à l'intérieur de la caisse du tympan, est de + 3 millimètres d'alcool, et non pas en équilibre avec la pression atmosphérique.

2° Cet excès de pression est dû en partie à l'acte de la déglutition, en partie à la contraction des muscles tympaniques.

3° Au début de la déglutition, l'atmosphère de la caisse subit une dépression de — 1 millimètre d'alcool; puis, dans une seconde phase, cette pression monte à + 3 millimètres, sous l'influence de l'action des muscles de la trompe, — encore mal connue.

4° Le moindre son augmente cette pression, à condition que l'animal y prête attention.

5° Sous l'influence des sons très aigus et très intenses, cette pression peut s'élever à + 8 millimètres.

6° Une suite de sons différents produit des oscillations parallèles dans la pression endo-tympanique.

7° Toutes choses égales, d'ailleurs, les diverses voyelles produisent des pressions différentes; la tension étant grande avec A, O, E, moindre avec I, U.

D'où l'auteur conclut que les ondes sonores se transmettent à l'oreille interne, moins par la chaîne des osselets que par l'air contenu dans la caisse.

M. L.

Sur la chirurgie de l'os temporal, par LUIS SUNÉ. (*Revista de laringologia, otologia y rinologia*, n° 5, novembre 1890.)

Les progrès de la chirurgie auriculaire sont récents. Il y a vingt ans, combien d'otites graves amenaient la mort par complications cérébrales, n'étaient reconnues que sur la table d'autopsie? Que de malades souffraient atrocement pendant de longs jours, qu'on aurait pu soulager en quelques heures par un traitement rationnel?

Heureusement, les choses ont changé; et l'auteur nous montre rapidement les principales opérations que l'otiatricque appelle chaque jour à son aide.

Soit une otite externe aiguë intense; les lotions émollientes, les baumes adoucissants que réclame le malade n'ont que faire

ici. Si quatre sangsues appliquées au devant du tragus n'ont pas amené un soulagement presque immédiat, le bistouri demeure la seule ressource à utiliser. La douleur est due à la pression qu'exerce sur l'extrémité nerveuse l'exsudation sous-périostée du conduit. Seul le débridement la calmera.

Il faut introduire doucement le bistouri dans le conduit auditif jusqu'à ce que sa pointe arrive jusqu'au voisinage du tympan, puis le retirer vivement en même temps qu'on appuie le tranchant sur la paroi. Et l'on recommencera ainsi sur une autre portion du conduit. Trois incisions — antérieure, inférieure et postérieure — sont nécessaires dans les périostites extensives annulaires.

Ces incisions produisent une douleur violente ; presque tous les malades ont une syncope. Mieux vaut donc user de l'anesthésie chloroformique, qui dans ce cas n'offre aucun danger, puisqu'elle doit être très courte.

S'agit-il d'une otite moyenne ? on retirera grand avantage de dix sangsues au moins appliquées sur l'apophyse mastoïde ; mais rien ne vaut encore le paracentèse du tympan. Cependant ce moyen ne suffit pas toujours ; aussi Suñé pose en principe que dans toute otite moyenne aiguë, si la douleur intense ne cède pas au traitement ordinaire, *il faut trépaner l'apophyse mastoïde*, et, chose curieuse même, quand on trouve celle-ci absolument saine, cependant cette intervention paradoxale a les plus heureux résultats.

D'atroces douleurs peuvent encore résulter d'une ostéite développée autour d'un point nécrosé du temporal. Dans ce cas il ne faut pas hésiter à ouvrir la plus large voie possible pour pénétrer jusqu'à l'esquille et l'enlever.

M. L.

Un cas de diplopie réflexe par lésions de l'oreille, par P. VERDOS.
(*Revista de laryngologia, otologia y rinologia*, janvier 1891.)

L'auteur rapporte une observation des plus frappantes dans sa simplicité :

Un homme de 40 ans présente deux phénomènes simultanés : une surdité complète de l'oreille droite et une diplopie, dont les caractères n'ont malheureusement pas été précisés. L'examen direct montre que le conduit auditif est complètement obstrué par un bouchon cérumineux ; à peine celui-ci a-t-il été enlevé que l'ouïe reparait normale du côté droit, et simultanément la diplopie disparaît.

Il s'agit ici évidemment d'une paralysie oculo-motrice d'origine réflexe. Verdós fait suivre cette observation de l'énuméra-

tion d'un certain nombre de cas relevés dans la littérature médicale où l'on voit des lésions variées de l'oreille amener, par troubles de réflectivité, des altérations de la vue, des modifications des diverses parties constituant de l'œil, ayant toutes ce caractère spécial de disparaître par le seul traitement de l'otopathie mère.

Verdos cependant croit que le cas qu'il rapporte est, dans son genre, unique en pathologie auriculaire. Cela peut être, mais néanmoins le fait est banal en pathologie générale. Bien connus sont les cas de paralysie réflexe par excitation des nerfs sensitifs ; or le trijumeau, dans sa racine sensitive, représente plusieurs racines postérieures dont les branches antérieures sont les nerfs oculo-moteur, facial, etc. Depuis le mémoire de Marchal de Calvi, en 1846, la diplopie réflexe par excitation du trijumeau est devenue chose classique ; et si nous nous rappelons que la sensibilité est surtout fournie au conduit auditif par le nerf auriculo-temporal, branche du maxillaire inférieur, venu lui-même du trijumeau, nous concevons que l'excitation de ces terminaisons par un corps étranger cérumineux amène l'ophtalmoplégie passagère : le cas de notre confrère espagnol rentre donc dans l'ordre commun.

M. L.

Les maladies de l'oreille pendant la vie fœtale et la première enfance, et leurs graves conséquences sur l'ouïe et la parole, par V. GRAZZI. (*Bolletino delle malattie dell' orecchio*, etc., février 1891.)

Deuxième partie d'une très intéressante étude dont le commencement a paru l'année dernière. L'auteur étudie ici l'effet de l'obstruction de la trompe. Celle-ci est rarement congénitale ; l'enfant vient alors au monde, présentant généralement d'autres malformations simultanées. Plus souvent elle est acquise pendant les premières années de la vie : rien d'étonnant à cela, étant donnée la fréquence des inflammations naso-pharyngiennes à cet âge. Cependant ce cas de surdi-mutité est peu commun : son mécanisme a, dans ces derniers temps, donné lieu à divers travaux. Boucheron (1880) l'a étudié sous le nom d'*hypertonie auriculaire*, et en donne la physiologie pathologique suivante : obstruction des trompes, raréfaction de l'atmosphère de la caisse, concavité du tympan qui exerce une pression centripète exagérée sur le labyrinthe ; transmission de cette pression par le liquide endolabyrinthique sur les terminaisons du nerf acoustique qui, à la longue, subissent une dégénérescence atrophique. Le seul moyen de combattre cette surdité est de

rétablir à temps la perméabilité des trompes à l'aide de cathétérismes répétés. Cette méthode a donné de bons résultats à Boucheron, à Verdos (de Barcelone). Grazzi, au contraire, n'en a tiré aucun bénéfice.

Le diagnostic de la surdi-mutité chez le jeune enfant présente quelques points intéressants. En général cette infirmité n'est pas remarquée par les parents eux-mêmes, mais par un ami de la famille qui observe un jour par hasard que l'enfant ne prête pas attention au bruit qui se fait autour de lui. Ce n'est que plus tard que l'enfant est amené au médecin, presque toujours parce qu'il ne prononce aucune parole à un âge où il devrait déjà parler couramment. Le praticien doit, avant de formuler son opinion, se livrer à une enquête approfondie, interroger les parents dans les plus petits détails, diriger surtout ses recherches vers les altérations qu'ont pu présenter le nez, la gorge, les oreilles du malade. Cela fait, il donnera à l'enfant un joujou, un objet quelconque pour captiver son attention ; puis, à l'improviste, se plaçant derrière lui, il produira un bruit bien net avec une cloche, un instrument de musique, et observera si l'enfant tourne la tête ; cette épreuve, répétée à plusieurs fois, est décisive ; il va sans dire qu'elle sera complétée par l'épreuve du diapason-vertex et par l'examen complet des oreilles. Mais à aucun prix il ne faut devant les parents prononcer le mot *sourd-muet*, qui leur produirait la plus pénible impression.

Il est inutile d'insister sur l'importance du diagnostic précoce de la surdité chez l'enfant. Quelque perfectionnées que soient aujourd'hui les méthodes de sourds-muets, aucune ne donne d'aussi beaux résultats que la guérison des otopathies infantiles qui, à leur suite, entraînent fatalement le mutisme. M. L.

Toux auriculaire, par C. COMPAIRED. (*Bollettino delle Malattie dell' Orecchio*, etc., n° 4, avril 1891.)

Un homme de 43 ans vient consulter l'auteur, se plaignant d'une toux quinteuse qui ne le quitte pas depuis un an, revient par accès à chaque instant du jour et de la nuit et s'accompagne de vives douleurs dans la poitrine et l'épaule. Aucun médecin, aucun médicament n'a pu la faire cesser. Compaired, malgré un examen minutieux, ne trouve aucune lésion du nez, de la gorge du poumon pouvant expliquer cette toux. Un jour, par hasard, il s'aperçoit que le malade a l'oreille droite un peu dure ; mais c'est là une chose ancienne dont cet homme ne se préoccupe pas. Il y a quatre ans, il se baignait à Saint-Sébas-

tient, quand une lame l'a frappé sur l'oreille, et, pendant un mois, il a eu une otite suppurée, facilement guérie du reste. Comparé pratiqué l'examen de cette oreille, trouve le tympan masqué par un corps étranger dur, noirâtre, formé d'un amas de petits coquillages; il en pratique l'extraction et presque immédiatement après, toux, douleurs thoraciques disparaissent comme par enchantement.

L'auteur discute ensuite la physiologie pathologique de ce phénomène et conclut à un réflexe se passant dans le domaine des pneumo-gastriques. Excitation centripète de la branche auriculaire venue du ganglion jugulaire du vague, et irritation consécutive de filets qui se rendent aux récurrents et aux laryngés supérieurs.

M. L.

Ostéite condensante douloureuse de l'apophyse mastoïde, par G. NUOLI. (*Bollettino delle malattie dell' Orecchio*, etc., anno IX, n° 5, p. 27, mai 1891.)

Sous ce nom, une affection nouvellement différenciée a pris droit de cité en otologie. Il s'agit, on le sait, d'une mastoïdite de type spécial, reconnaissable aux trois signes distinctifs suivants : 1° transformation éburnée de l'apophyse avec disparition totale de cellules mastoïdiennes; 2° douleur fixe, térébrante, nettement localisée en ce point; 3° guérison complète obtenue par l'évidement de l'os malade. Cette forme morbide est utile à bien connaître, car il arrive parfois que le chirurgien, ignorant son existence, trépane, fouille très loin dans l'apophyse mastoïde à la recherche d'un abcès qu'il croit exister et produit ainsi de grands délabrements, au moins inutiles, sinon dangereux.

L'observation que rapporte Nuvoli est un cas d'une grande netteté clinique, qui montre l'effet heureux du traitement chirurgical.

M. L.

Recherches préliminaires sur la physiologie pathologique de quelques muscles du larynx, par G. MASINI. (*Archivii ital. de laryng.*, fasc. 1 et 2, p. 21, 1891.)

Intéressante étude expérimentale tendant à éclaircir quelques-uns des points encore bien obscurs de la neuro-pathologie laryngienne; malheureusement l'auteur n'arrive à en tirer aucune conclusion précise; en somme, un travail d'attente, de simples notes de laboratoire utiles à consulter, mais échappant à une analyse d'ensemble.

1° *Muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.*

On sait à quelles contestations a donné lieu la paralysie de ces muscles. Gehhardt (1883) la signale le premier ; puis Rosenbach et Semon émettent cette hypothèse, devenue classique, que dans toutes lésions récurrentielles, les fibres nerveuses, dévolues aux abducteurs, sont plus tôt atteintes que les filets qui se rendent aux adducteurs : c'est l'application de cette loi que toute paralysie de cause centrale ou périphérique a son maximum d'intensité au niveau des muscles extenseurs. Mais Krause (1884) s'élève contre cette théorie de la paralysie des dilatateurs et démontre expérimentalement que l'excitation, la compression des récurrents amènent au contraire une contracture des adducteurs. Hooper (1885) reprend ces expériences et introduit une donnée nouvelle dans ce problème déjà complexe en montrant que l'excitation électrique des récurrents, qui chez l'animal éveillé produit l'adduction forcée des cordes (contracture de Krause) amène un effet inverse chez le chien éthérisé, l'adduction forcée : c'est l'*ether effect*.

Les expériences instituées par Masini sur des chiens, et longuement rapportées au cours de ce travail, lui ont donné des résultats tout contradictoires pour qu'il puisse affirmer ou infirmer les faits avancés par Hooper. Il tendrait cependant à se mettre d'accord avec Semon et Horsley, et à croire que les résultats obtenus par Hooper varient non seulement suivant les individus, mais encore suivant les conditions de l'expérience. Une excitation faible des récurrents chez le chien endormi amène bien une abduction des cordes ; mais si l'on augmente l'intensité du courant électrique, l'effet inverse se produit et la glotte se ferme.

Le débat encore pendant entre les partisans de la paralysie des dilatateurs et ceux de la contracture des adducteurs ne sera pas encore clos par le travail de Masini. Cet auteur cependant croit que dans le plus grand nombre des cas observés en clinique il doit s'agir de contracture des adducteurs ; il appuie son dire sur ses expériences personnelles, qui lui ont montré que chez le chien l'électrisation, le pincement, la ligature du récurrent amène toujours l'adduction activée et forcée de la corde vocale sur la ligne médiane ; seule la section de ce nerf paralyse totalement la corde en position cadavérique. Il y aurait lieu de reviser toutes les observations antérieurement recueillies en clinique sur ce point en portant une attention toute spéciale sur la forme de la glotte, assez différente dans le cas de paralysie des dilatateurs et de contracture des adducteurs pour que le diagnostic en soit possible.

a) Dans le cas de paralysie expérimentale des deux crico-aryténoidiens postérieurs, les cordes viennent en contact sur la ligne médiane et se mettent en position phonatoire. La glotte interligamenteuse garde son aspect triangulaire, mais réduit à de minimes proportions; la glotte intercartilagineuse, toujours en forme de cône, est également effacée, un peu moins cependant; entre elles deux les apophyses vocales proéminent plus saillantes qu'à l'état normal; les aryténoïdes ont subi un mouvement de rotation en dehors; enfin les cordes vocales, un peu flottantes, semblent légèrement pendant l'inspiration.

b) Tout autre est l'aspect de la glotte dans la contraction des adducteurs. Ici les cordes vocales se touchent, absolument immobiles pendant la respiration et très tendues: la glotte prend un aspect elliptique très allongé; les aryténoïdes se tournent en dedans, leurs apophyses vocales s'effacent.

2° *Muscle ary-aryténoidien.*

Depuis Longet, on admet que ce muscle ferme la glotte postérieure; c'est un des points les mieux établis de la physiologie laryngée. Seul Moura (1887) a fait de ce muscle un dilatateur glottique; mais cette opinion, uniquement fondée sur des considérations anatomiques et des examens laryngoscopiques, ne résiste pas au contrôle de l'expérimentation directe; Masini le prouve une fois de plus. Cependant à son rôle classique l'auteur italien en ajoute un nouveau, secondaire du reste: par ses faisceaux en X ce muscle tendrait directement les cordes vocales, en attirant en arrière les sommets des aryténoïdes.

3° *Muscles crico-thyroïdiens.*

Outre leur effet bien démontré de tendre les cordes vocales, Masini croit qu'en se contractant ces muscles ont également pour action de diminuer l'ampleur de la cavité laryngienne; à mesure qu'il émet un son de plus en plus élevé, le larynx, grâce à eux, se rétrécit dans ses diamètres vertical et transversal; ainsi le résonnateur laryngien se met d'accord avec les sons qu'il a omis de renforcer.

4° *Muscles thyro-aryténoidiens.*

L'auteur admet la théorie classique qui attribue à ces muscles un double rôle: tendre les cordes vocales et réduire les dimensions des ventricules de Morgagni. Mais il n'a pu vérifier avec soin, l'électrisation directe ou indirecte de ces nerfs ayant été pratiquée sans résultats. Plus heureux que lui, Jeanselme et Lermoyez (1885) avaient antérieurement démontré cette diminution de capacité des ventricules de Morgagni, en électri-

sant des larynx de cholériques, disséqués presque immédiatement après la mort. Quant au rôle de tenseur, l'auteur l'affirme ; il se contente de déclarer absolument erronée, sans autre forme de procès, l'opinion qui fait du thyro-aryténoïdien un « relâcheur » des cordes vocales ; il n'a, pour appuyer son affirmation, qu'une expérience qui n'a pas réussi. C'est peu. M. L.

Paralysie hystéro-traumatique du larynx, par G. MASINI. (*Bollettino delle malattie dell' orecchio*, année IX, n° 9, septembre 1891.)

C'est, au dire de l'auteur, le premier cas de ce genre qui ait été publié sous ce titre.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, présentant un certain nombre de stigmates hystériques et porteur, en outre, d'un goitre qui déterminait des phénomènes de compression pénibles.

Le professeur Caselli pratique la thyroïdectomie, au cours de laquelle ni le récurrent ni ses branches ne sont intéressés. Le troisième jour de l'opération, brusquement et sans cause, le malade devient aphone. La faradisation externe du larynx ramène momentanément la voix, qui disparaît de nouveau.

A l'examen laryngoscopique, on constate une paralysie de l'ary-aryténoïdien et, en outre, une anesthésie absolue de tout l'intérieur du larynx.

Le malade a conservé la faculté de chuchoter : il n'a donc pas de mutisme.

Masini n'hésite pas à voir là un cas de paralysie hystéro-traumatique du larynx, paralysie psychique résultant d'une autre suggestion produite par l'opération. Il appuie son dire sur l'existence de l'hystérie chez ce malade, sur la préoccupation extrême que lui causait l'opération qu'il allait subir, sur ce fait, enfin, que la laryngoplégie n'est apparue que trois jours après le traumatisme opératoire, sorte de période d'incubation pendant laquelle le malade préférait sa paralysie et que Charcot a montrée être constante au début des accidents hystéro-traumatiques.

Nul doute qu'en analysant à ce point de vue spécial les observations de paralysies hystériques du larynx publiées jusqu'à ce jour, on n'en trouve un certain nombre relevant de l'hystéro-traumatisme mis en jeu par une chute, un coup ou autre violence extérieure.

M. L.

Un cas de laryngite sous-glottique aiguë grave, par C. CORRADI. (*Bollettino delle malattie dell' orecchio*, etc., n° 2, février 1891.)

Il s'agit d'un enfant de 12 ans, qui, s'étant levé en parfaite

santé, fut pris vers huit heures du matin de céphalalgie; à neuf heures sa voix devient rauque; sa respiration de plus en plus difficile, et à deux heures de l'après-midi la dyspnée a pris des proportions formidables. L'examen laryngoscopique montre dans la région sous-glottique deux masses rouges, latérales, venant presque au contact de la ligne médiane, et réduisant l'entrée de la glotte de plus des trois quarts de ses dimensions habituelles.

Des potions calmantes, des inhalations de vapeur, l'ingestion de petits morceaux de glace et enfin, surtout, une application de quatre sangsues au devant de la poignée du sternum amènent une rapide amélioration. Le malade guérit sans trachéotomie.

M. L.

Abri pour le laryngologiste, par C. LABUS.

(*Archivii italiani di laringologia*, juillet 1891.)

Un des inconvénients de la spécialité laryngologique est de recevoir en plein visage la salive, le mucus ou le sang que le malade rejette dans un accès de toux involontaire.

Le praticien s'habitue cependant assez bien à deviner le réflexe quand il se prépare et à détourner brusquement la tête quand il se produit; mais souvent, malgré ses mouvements de retraite, il reçoit des éclaboussures. Or, avec le nombre relativement énorme de phthisiques qui fréquentent les cliniques, le danger d'une inoculation tuberculeuse de l'œil est de tous les instants. Pour parer cet accident, Labus a imaginé un appareil simple et qui a le mérite de s'adapter à tous les modes d'exploration du larynx. Une plaque de cuivre du poids de 150 grammes (encore la pourrait-on alléger en la construisant en aluminium), large de 17 centimètres, longue de 20, se place devant la figure à la façon d'un écran protecteur; elle est percée de deux trous qui permettent la vision binoculaire.

Il est inutile, pour s'en servir, de modifier la technique exploratrice à laquelle on est habitué: elle s'adapte très aisément à la face postérieure du miroir frontal, et ceux qui se servent de l'éclairage direct se l'attachent au moyen d'un bandeau fronto-occipital.

M. L.

Un cas de dysphagie probablement d'origine corticale, par C. ABATE. (*Archivii italiana di laringologia*, octobre 1891, fasc. 4, p. 162.)

Un garçon de 18 ans, vigoureux et en pleine santé, reçoit un violent coup sur la tête. Il tombe et perd connaissance. Revenu

à lui quelques heures plus tard, il est pris d'une dysphagie telle qu'il ne peut avaler une goutte d'eau. Au bout de douze jours d'inanition, il va trouver Abate, qui constate comme toute lésion objective, un peu de raideur de l'épiglotte, qui a légèrement perdu sa sensibilité. En même temps le malade, jadis d'un caractère enjoué, est devenu taciturne et mélancolique. En moins d'une semaine, quelques séances de faradisation intra-laryngée amènent une guérison absolue.

L'auteur croit que ce fait démontre l'existence d'un centre cortical spécial pour les mouvements de la déglutition; que, dans le cas actuel, ce centre a été détruit, mais que son action a été suppléée par celle des centres corticaux ou sous-corticaux vicariants!

Peut-être Abate aurait-il dû songer à l'hystérie? M. L.

Sur les laryngosténoses d'origine nerveuse, par A. D'AGUANNO. (*Bollettino delle malattie dell' orecchio*, année IX, n^o 8 et 9, août-septembre 1891.)

Un homme a une lésion récurrentielle: il étouffe. Y a-t-il chez lui paralysie des abducteurs ou contracture des adducteurs? Depuis quinze ans le monde laryngologique se pose la question sans pouvoir la résoudre. Chaque parti, avec Semon et Rosenbach, Gouguenheim et Krause, met en avant de sérieux arguments; de cette discussion nourrie de faits, A. d'Agunno nous donne en quelques pages un résumé très suggestif. Au reste, pourquoi tous ne se mettraient-ils pas d'accord? Il peut y avoir l'une et l'autre lésion; et Masini a récemment fait remarquer qu'un examen laryngoscopique attentif permet de faire aisément le départ des cas qui ressortissent à la paralysie des dilateurs, et de ceux où la contraction des constricteurs est en jeu.

L'auteur rapporte une curieuse observation où ces deux altérations se superposent sans se confondre. Il s'agit d'un Palermitain, archéologue et ataxique. Depuis près de vingt ans, il a la respiration courte et, quand il parle à haute voix, est obligé de s'arrêter souvent pour respirer. Le miroir montre des cordes vocales saines d'apparence, mais n'arrivant pas à s'écarter de plus de deux à trois millimètres à la base du triangle glottique, pendant les plus violents efforts expiratoires. Dans l'inspiration forcée, l'ouverture de la glotte se réduit à une fente d'un millimètre. Les cordes sont flasques; mais pendant l'émission vocale — qui est normale — elles se tendent et viennent alors en contact sur la ligne médiane.

Sur cet état durable les progrès de l'ataxie ont greffé des crises laryngées, spontanées ou provoquées par de légers efforts; pendant cinq minutes, le malade étouffe, se cyanose, asphyxie, jusqu'au moment où une inspiration pénible et bruyante vient ramener le calme.

Avec toute apparence de raison, A. d'Aguanno admet que ce malade présente en permanence le tableau symptomatique de la paralysie des dilatateurs, dont des accès de spasme des constricteurs viennent de temps à autre compliquer les signes. L'auteur n'a malheureusement pas pu faire d'examen laryngoscopique pendant les crises d'étouffement; cette lacune ôte beaucoup de valeur à son observation.

M. L.

Contribution à l'étude de quelques formes de sténose laryngée chronique, par IGNAZIO DIONISIO. (*Archivi italiani di laringologia*, fasc. 3, p. 103, juillet 1891.)

A côté des laryngopathies spécifiques bien déterminées, tuberculose, syphilis, etc., il existe des processus d'inflammation chronique aboutissant à la laryngosténose. La confusion est extrême sur ce point. La blennorrhée chronique de Stœrk, la laryngite sous-glottique chronique de Ziemssen, la laryngite sous-muqueuse chronique de Gottstein, méritent-elles d'être décrites isolément? Ganghofner, Chiari, ont émis cette hypothèse que dans tous ces cas il s'agit d'un processus univoque, d'une localisation au larynx du rhinosclérome: et les examens bactériologiques faits dans des cas de ce genre par Chiari, Jakowski, Matlakowski, Bandler et Hermann, etc., l'ont confirmée.

L'observation que rapporte Dionisio, et qui ressemble étonnamment à la blennorrhée de Stœrk, plaide en faveur de cette identification. Une jeune femme, non tuberculeuse, non syphilitique, est atteinte d'une sécrétion nasale abondante, laquelle peu à peu devient plus rare, plus épaisse. Au bout de quelques mois se montre une gêne respiratoire qui va croissant: la voix devient rauque, presque éteinte. L'examen rhinoscopique fait voir la pituitaire pâle, hypertrophiée au niveau des cornets inférieurs: les fosses nasales sont remplies de croûtes jaunâtres. Le laryngoscope montre une même accumulation de croûtes au niveau du vestibule laryngé: à la partie postérieure de la glotte il ne reste plus qu'un petit pertuis par où puisse se faire la respiration. La cavité laryngienne, débarrassée de ces produits de sécrétion, se présente déformée par une hypertrophie irrégulière de la muqueuse.

Le traitement antisiphilitique est essayé sans résultat: la

malade n'obtient d'amélioration que par l'emploi des sondes dilatatrices de Schrötter.

L'examen bactériologique d'un fragment de la muqueuse laryngienne y décèle une grande quantité de bacilles encapsulés qui, par leurs caractères morphologiques et l'aspect de leurs cultures doivent être identifiés avec le bacille du rhinosclérome.

M. L.

Nouvelles modifications au procédé de l'éclairage direct du larynx avec la lumière électrique, par IGNAZIO DIONISIO. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, année LIV, n° 12, p. 47, janvier-février 1891.)

Il y a deux ans, l'auteur communiquait les résultats de ses premières recherches à ce sujet : il employait comme source de lumière une lampe électrique placée sur le manche du laryngoscope, et dont les rayons, sensiblement parallèles, venaient tomber sur le miroir et de là se réfléchir dans le larynx. Depuis lors il a modifié son procédé : il préfère éclairer directement le larynx, en adaptant une lampe à incandescence sur le bord même du miroir ; de cette façon la totalité des rayons lumineux émis se projette dans la cavité laryngienne : la surface réfléchissante du miroir se trouve dans l'obscurité et donne ainsi une image bien plus nette que quand, ainsi que cela a lieu avec le miroir frontal, le miroir se trouve en pleine lumière et doit jouer le double rôle d'éclairer le larynx et d'en réfléchir l'image.

La figure intercalée dans le mémoire évite de faire une description détaillée de l'instrument. L'auteur emploie des lampes assez fortes, de 3, 4 bougies : à cela il trouve plusieurs avantages. Les lampes microscopiques de une bougie et moins sont trop fragiles, et se rompent après dix examens en moyenne, en second lieu, leur lumière est trop faible, et enfin il faut les pousser au blanc brillant, d'où résulte rapidement une chaleur vive qui incommodé le malade.

Dionisio ne prétend pas toutefois que son instrument doit être d'un usage journalier : c'est un mode d'investigation perfectionné à n'employer que dans le cas où l'on veut faire un examen très minutieux du larynx.

M. L.

Hémorragies laryngées cataméniales, par C. COMPAIRED (*Bollettino delle malattie dell'orecchio*, etc., n° 4, avril 1891.)

Aux faits antérieurement rapportés par Fränkèl, Strubing, Sota y Lastra, Stepanow, Ruault, Moure, etc., l'auteur ajoute deux cas tirés de sa pratique personnelle.

Obs. I. — Femme de 25 ans, hystérique, lymphatique. Dysménorrhée datant de deux ans. Depuis deux mois, à chaque époque menstruelle il y a exacerbation d'un catarrhe pharyngo-laryngé préexistant et émission de crachats sanguinolents; cela dure une semaine, puis, dans la période intermenstruelle, tout rentre dans l'ordre.

Au laryngoscope : hyperémie de la muqueuse laryngienne, qui présente de petits points ecchymotiques.

La guérison complète est obtenue par un traitement tonique général (fer, douches); aucune médication locale n'est instituée.

Obs. II. — Femme de 21 ans, atteinte de goitre exophtalmique, de chlorose et d'hystérie (?) n'est plus réglée depuis un an. Mais chaque mois, pendant une semaine, elle est prise, sans cause, d'un catarrhe laryngien, avec expectoration sanguinolente discrète. A l'examen direct, le larynx semble très vascularisé, et présente quelques ecchymoses sous-muqueuses ponctuées.

L'auteur rejette la dénomination de *laryngite hémorragique*, souvent attribuée à des cas analogues; ce nom implique l'idée d'une entité morbide nettement classée, alors qu'il s'agit simplement de suppléances hémorragiques se faisant chez des femmes mal réglées, nerveuses, et prenant parfois la voie laryngienne, de même qu'elles peuvent se manifester sur les muqueuses bronchique, stomacale, etc. Le mot d'hémorragie laryngée est lui-même encore trop gros : il éveille la pensée de caillots glottiques, de grands épanchements sous-muqueux, de saignement interne inondant les voies aériennes et amenant l'asphyxie; or, rien de tout cela ne se voit dans l'espèce : si l'on tient absolument à mettre une étiquette sur ces métastases de la menstruation, qu'on les appelle *menstrues laryngiennes*. M. L.

Sur un cas d'ictus laryngé, par J. ROQUER CASADESUS.

(*Revista de Laringologia*, n° 10, août 1891.)

Les cas de vertige laryngé, indépendant de toute affection des centres cérébro-spinaux sont si rares, qu'il y a intérêt à publier tous ceux qu'on rencontre : ce n'est que par l'accumulation des faits que l'on arrivera à des notions de pathogénie précises.

L'auteur a observé un jeune homme de 31 ans, lymphatique, atteint depuis quelque temps d'une bronchite qui, dans les derniers jours, s'était compliquée d'un phénomène nouveau. Le malade éprouvait un chatouillement laryngé, se mettait à tous-
ser : au troisième ou quatrième coup de toux, il devenait

cyanosé et tombait à la renverse, ayant perdu connaissance; au bout de quelques instants, sans avoir eu de phénomènes convulsifs, il ouvrait les yeux et revenait à lui. Ces cas se reproduisaient un grand nombre de fois dans la journée.

Cet ictus laryngé n'était-il pas, par hasard, un acte réflexe d'origine nasale? Roquer Casadesus a dû rejeter cette hypothèse, car il n'existait ni dans le nez ni dans le larynx aucune zone hyperesthésique dont l'excitation pût amener les accès de toux; et inversement, la cocaïnisation énergique de ces parties n'empêchait aucunement les phénomènes vertigineux de se produire. Il croit pouvoir expliquer la production de l'ictus vertigineux de la façon suivante, en se basant sur l'examen objectif qui ne lui révélait qu'un peu de catarrhe des premières voies: la toux convulsive amène un spasme de la glotte, d'où il résulte un commencement d'asphyxie (cyanose de la face) produisant une congestion des centres nerveux, et par suite un ictus. A ce moment, l'activité cérébro-spinale étant suspendue, le spasme glottique cède, et l'air, rentrant dans le poumon, ramène le calme.

M. L.

Modifications aux appareils de tubage du larynx, par F. EGIDI.
(*Archivio Ital. di pediatria*, anno IX, fasc. 3, 1891.)

L'appareil de O'Dwyer présente trois graves inconvénients, qui sont: 1° la longueur exagérée des tubes, d'où difficulté d'introduction; 2° le diamètre trop étroit de leur orifice; 3° la forme du mandrin, qui est telle, que celui-ci, pendant l'introduction, obstrue complètement la lumière du tube; or il y a un immense danger à fermer aussi complètement le larynx, même pendant un instant très court, chez un individu cyanosé.

L'appareil de Bouchut, beaucoup plus simple, présente un autre défaut: l'absence de pavillon, qui permet à ce tube de tomber dans l'hypoglotte et la trachée; mais, en revanche, il possède un grand avantage: la sonde introductrice étant neuve n'amène aucun danger d'asphyxie, et permet à l'opérateur, grâce au sifflement de l'air qui la traverse, de se rendre compte qu'il est entré dans le larynx.

Egidi a fait construire un appareil qui emprunte aux deux précédents leurs avantages. Il adopte le type des tubes de O'Dwyer, mais plus larges et surtout plus courts: ceux-ci n'ont pas besoin de descendre au-dessous du cinquième anneau de la trachée, car il est exceptionnel que le processus diphtéritique

s'étende aussi bas. Au tube il adapte un mandrin introducteur creux en son centre et permettant la libre circulation de l'air.

M. L.

Du lupus primitif des fosses nasales, par E.-J. MOURE. (*Archivos internacionales de Laringología*, año 1, n° 3, mai-juin 1890.)

Cette leçon est un résumé de la thèse de V. Raulin, inspirée d'ailleurs par l'auteur.

Affection rare, insidieuse, indolore, pouvant s'observer sous ses trois formes : végétante, ulcéreuse, scléreuse. Le diagnostic en serait aisé par le simple examen rhinoscopique ; cependant l'envahissement secondaire de la peau du nez doit singulièrement le faciliter. A noter que le processus lupique tend beaucoup moins à gagner le naso-pharynx qu'à se propager au dehors.

Moure conseille le traitement par raclage, aussi complet que possible, suivi d'un badigeonnage à l'acide lactique pur. Surveiller avec soin les récidives.

M. L.

Traitement des hémorragies nasales graves. Canule-tampon nasal respiratoire, par IGN. DIONISIO. (*Turin*, janvier 1890, analysé in *Archiv. Ital. di laringologia*, octobre 1890.)

Au tamponnement postérieur avec la sonde de Belloc, difficile pour le médecin, douloureux pour le malade, l'auteur propose depuis plusieurs années (1886) de substituer l'emploi d'un appareil basé sur le principe de la canule de Trendelenburg. Il se compose d'un sac de caoutchouc traversé d'une canule de métal creuse, d'environ 11 centimètres de longueur. L'instrument étant introduit dans la narine du malade, on insuffle de l'air dans la poche de caoutchouc, qui, se distendant, vient efficacement comprimer la fosse nasale, laquelle, néanmoins, grâce à la canule, continue à rester perméable à l'air inspiré.

M. L.

Les bactéries des fosses nasales à l'état physiologique, par G. DELETTI. (*Arch. Italiani di Laringologia*, fasc. 4, octobre 1891.)

La flore des fosses nasales est beaucoup moins bien connue que celle de la bouche. Les travaux de Herzog, de Strauch, de Reimann, de Paulsen, de Wright, ont fourni des résultats contradictoires. Deletti s'est proposé d'étudier les germes qui habitent les fosses nasales saines, et de rechercher, parmi ceux-ci, ceux qui présentent des propriétés pathogènes.

Ses recherches ont porté sur trois sujets, de santé générale parfaite, et dont l'intégrité des fosses nasales avait été vérifiée par Massei. A l'aide de cultures sur différents milieux nutritifs, de l'examen microscopique après coloration, et des inoculations sur un lapin, il a pu reconnaître un grand nombre d'espèces microbiennes ; le lecteur devra se reporter à l'original pour en étudier le détail, qui ne saurait être exposé dans le cadre de cette analyse.

D'une façon générale, les microcoques sont infiniment plus abondants dans le nez que les bacilles.

Quelques espèces microbiennes se rencontrent constamment dans le nez des sujets examinés : un staphylocoque de couleur jaune paille, un streptocoque liquéfiant, un tétracoque orangé ; tous sont décrits dans les tableaux diagnostiques de Eisenberg, C. Fränkel et Lustig.

Souvent, mais non toujours, s'y rencontrent des chromogènes connus : *Micrococcus aurantiacus*, *M. luteus*, etc.

Les *micrococcus candicans*, *ureæ*, *pyogenes*, y sont plus rares.

En un mot, il y a un rapport intime entre les microbes du nez et ceux que renferme l'air ambiant.

Les agents pathogènes pour le lapin, que l'auteur a réussi à isoler, ne sont qu'au nombre de deux : un microcoque et un bacille, dont il donne une minutieuse description.

Conclusion : il faudra encore faire de longues et patientes recherches avant de connaître d'une façon précise quels microbes habitent le nez ordinairement, et quels accidentellement. M. L.

Le diagnostic et le traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore, par STRAZZA. (*R. Accademia di Medicina di Genova, Séance du 13 avril 1891.*)

Conclusions :

1° Si l'empyème est d'origine dentaire, il faut ouvrir le sinus par voie buccale, après extraction de la dent cariée ;

2° Si l'étiologie en est autre, essayer d'abord de la méthode d'Hartmann (lavage par l'orifice de l'hiatus semi-lunaire) ; en cas d'insuccès, en venir à l'opération de Mikulicz-Krause ;

3° Si ces divers procédés échouent, ouvrir largement le sinus par la fosse canine.

M. L.

Un cas de soi-disant rhinite caséuse ou cholestéatomateuse, par G. STRAZZA. (*Bollettino delle malattie dell' orecchio, année IX, n° 8, août 1891.*)

Un homme de 40 ans, vigoureux, se plaint d'une obstruction

de la narine droite. L'examen direct montre l'existence d'un polype fibro-myxomateux. Celui-ci est enlevé à l'anse froide et démasque alors la présence d'un corps blanchâtre mou, remplissant toute la narine droite ; la sonde nasale en ramène des fragments ayant l'odeur du fromage fermenté. L'auteur débarrasse le nez de son contenu ; la muqueuse sous-jacente apparaît alors pâle, lisse, sans ulcérations. L'éclairage par transparence montre l'intégrité du sinus. D'autre part, la narine gauche est absolument saine. A la suite de l'intervention, le malade se trouve complètement soulagé. Dans la suite il n'y eut pas de récédive.

L'examen microscopique de la masse caséuse y révèle des cellules épithéliales en dégénérescence granulo-graisseuse et une grande quantité de corpuscules blanchâtres qui donnent, avec l'acide osmique, la réaction de la graisse.

Cette observation suggère à Strazza quelques réflexions sur le coryza caséux, affection qui a tant de peine à prendre rang dans la nosologie nasale. L'auteur se déclare un opposant convaincu de la doctrine formulée en 1874 par Duplay, et soutenue en Italie par Cozzolino, qui voit là une affection protopathique ; c'est une complication de diverses maladies du nez, rien de plus. Un corps étranger, un polype, une déviation de la cloison, amènent une stase dans l'espace nasal situé en arrière ; par suite de sa stagnation, le mucus s'y concrète et prend l'aspect caséux. Vouloir en faire, avec Cozzolino, une *rhinite scrofuleuse*, c'est négliger systématiquement l'enseignement des faits. Il n'y a ici ni scrofule ni rhinite en cause. Ni scrofule, car on ne saurait concilier la rareté extrême du coryza caséux avec la fréquence, l'universalité de la diathèse strumeuse ; et dire pourquoi, si la scrofule aime surtout l'enfance, la rhinite caséuse se plaît de préférence chez l'adulte. Ni rhinite, car (il est vrai qu'on n'en n'a pas fait l'examen histologique) toujours dans ces cas la muqueuse se montre cliniquement saine sous l'enduit de magma qui la recouvre ; car s'il y avait rhinite, on ne comprendrait pas l'unilatéralité constante des symptômes ; on s'expliquerait encore moins comment il se fait que, une fois la narine mécaniquement désobstruée, la guérison soit immédiate et sans récédive.

M. L.

Dermalgie d'origine nasale, par RAMÓN DE LA SOTA Y LASTRA.
(*Revista de Laryngología, Otología, y Rinología*, février 1891.)

Fait bien étudié, car l'auteur l'a observé sur lui-même. Au

cours d'un coryza aigu intense avec inflammation érysipélateuse de la peau de la narine, il fut pris d'une vive névralgie sus-orbitaire gauche et, en même temps, il constata au niveau de la partie supérieure et latérale gauche de la tête une petite zone hyperesthésique, une dermalgie, comme il l'appelle. Cette dermalgie lui semble bien être un réflexe d'origine nasale, car : 1° les badigeonnages de la pituitaire avec une solution cocaïnée la calmaient momentanément ; 2° la cessation du coryza le fit disparaître.

Encore un réflexe d'ordre nasal ! dit l'auteur plaisamment en commençant son article. Cependant la chose ne semble pas aussi neuve qu'il paraît le croire. Depuis Valleix, nous savons que le coryza peut engendrer la névralgie du trijumeau, et la dermalgie localisée décrite par l'auteur espagnol ressemble fort au point pariétal hyperesthésique commun à toutes les névralgies de la cinquième paire, point signalé par tous les classiques. M. L.

Considérations sur le diagnostic des manifestations pharyngolaryngées de la syphilis tertiaire, par J. ROQUER Y CASADESUS. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, juin 1890.)

Observations montrant que la recherche d'antécédents spécifiques doit céder le pas, pour le diagnostic de la syphilis gutturale, à l'étude minutieuse des symptômes objectifs, le malade pouvant souvent nier de bonne foi tout accident vénérien, ou encore être atteint d'hérédo-syphilis. M. L.

Thérapeutique clinique des diphtéritiques, par V. COZZOLINO, (*Il Morgagni*, nos 3, 4, 5, mars-avril-mai 1891.)

Ce travail porte un sous-titre qui le résume : examen critique des dernières méthodes de traitement et en particulier de celles de l'école française, basé sur l'observation clinique et sur les derniers progrès de la bactériologie. C'est une volumineuse compilation sur un sujet que l'auteur traite avec une prédilection et une fréquence remarquables. Peu d'Italiens ont, du reste, autant de compétence que lui en cette matière. M. L.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

AMÉRIQUE

Oreille.

Quatre cas d'affections mastoïdiennes, par R. Tilley (*Illinois State med. Soc.*, 6 mai, in *N. Y. med. rec.*, 5 juillet 1890).

Périostite mastoïdienne primitive, par S.-C. Ayres. (*Arch. of Otolology*, n° 2 et 3, 1890.)

Contribution à l'étude de l'anesthésie dans les petites opérations chirurgicales; cocaïnisation; cataphorèse électrique; hypnotisme et suggestion, par Ad. Barth. (*Arch. of Otolology*, n° 2 et 3, 1890.)

Ruptures de la membrane du tympan, et spécialement de leur importance forensique, par L. Treitel. (*Arch. of Otolology*, n° 2 et 3, 1890.)

Deux cas d'abcès cérébraux consécutifs à une otorrhée ancienne; opération; guérison, par U. Pritchard. (*Arch. of Otolology*, n° 2 et 3, 1890.)

Un cas d'opération pour une exostose du conduit auditif externe, par T. Heiman. (*Arch. of Otolology*, n° 2 et 3, 1890.)

Surdité progressive (sclérose) et son traitement par la ténotomie du tenseur du tympan, par Cholewa. (*Arch. of Otolology*, n° 2 et 3, 1890.)

Forme de Bezold de la mastoïdite et thrombose du sinus latéral, par S. Moos. (*Arch. of Otolology*, n° 2 et 3, 1890.)

Micro-organismes dans les otites moyennes suppurées, par A. Scheibe. (*Arch. of Otolology*, n° 2 et 3, 1890.)

Rapport sur les progrès de l'otologie pendant la première moitié de l'année 1889 (pathologie et thérapeutique), par A. Hartmann. (*Arch. of Otolology*, n° 2 et 3, 1890.)

Rupture du tympan occasionnée par un coup, par A.-D. Williams. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, juin 1890.)

Réflexions sur l'emploi de l'électricité dans les affections de l'oreille, par E.-L. Jones. (*Section d'Otol. Amer. med. Ass.*, Nashville, 20 mai 1890.)

Pathologie et traitement du tintement d'oreilles, par A.-A. Hubbell. (*Section d'Otol. Amer. med. Ass.*, Nashville, 20 mai 1890.)

Cholestéatome de l'oreille, par B.-A. Randall. (*Section d'Otol. Amer. med. Ass.*, Nashville, 20 mai 1890, et *University med. Magazine*, juillet 1890.)

Perforation du conduit auditif, par S.-S. Bishop. (*Section d'Otol. Amer. med. Ass.*, Nashville, 21 mai 1890.)

Complications auriculaires de l'inflammation catarrhale chronique du nez et de la gorge, par W.-J. Edwards. (*Section d'Otol. Amer. med. Ass.*, Nashville, 21 mai 1890.)

Sclérose mastoïdienne, par Huntington Richards. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Septum ressemblant à la membrane du tympan, par S. Theobald. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Extraction d'un corps étranger de l'oreille au moyen du galvano-cau-

tère, par L. Howe. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Anatomie de l'oreille de l'éléphant, par A.-H. Buck. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Excision du marteau et de la membrane du tympan, par C.-H. Burnett. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Perforation de la membrane de Shrapnell, par B.-A. Randall. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet et *Med. News*, 27 septembre 1890.)

Mastoidite interne à la suite d'un érysipèle, par J.-A. Lippincott. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Quelques cas d'affections des cellules mastoïdiennes avec ouverture fistuleuse qui guérirent sans l'emploi du foret ni du trépan, par O.-D. Pomeroy. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Anévrysme apparaissant d'abord dans le fond de l'oreille, puis dans le cou, par C.-A. Todd. (*Amer. Otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Observations de perforations de la membrane du tympan traitées par la méthode de Blake, par R. Barclay. (*Amer. otol. Soc.*, 15 juillet, in *N. Y. med. Rec.*, 26 juillet 1890.)

Pyoktanine dans les affections de l'oreille, par R. Barclay. (*N. Y. med. Rec.*, 23 août 1890.)

Travaux du service otologique de la clinique Vanderbilt, par Huntington Richards. (*N. Y. med. Rec.*, 27 septembre 1890.)

Otite furonculaire, par J.-H. Claiborne. (*Med. Soc. of Virginia*, in *N. Y. med. Journ.*, 4 octobre 1890.)

Otite moyenne catarrhale ou catarrhe auriculaire, par L. Turnbull. (*Med. Soc. of Virginia*, in *N. Y. med. Journ.*, 4 octobre 1890.)

Replis de la muqueuse dans la cavité tympanique normale. Leur importance clinique, par C.-J. Blake. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Observations sur la topographie du tympan humain normal, par W.-S. Bryant. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Cholestéatome, perforation de la membrane de Shrapnell et occlusion des trompes. Etude étiologique, par F. Bezold. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Un cas de leucémie avec modifications importantes de la membrane muqueuse du nez, par H. Suchanek. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Examen anatomique de l'oreille gauche d'un homme ayant succombé à une méningite, par H. Steinbrügge. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Les affections de l'oreille dans le tabès dorsal, par L. Treitel. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Contribution à l'étude du rôle des micro-organismes dans l'otite moyenne diphtérique, par F. Siebenmann. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Mots attestant le pouvoir auditif et leur valeur diagnostique différentielle, par O. Wolf. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Compte rendu officiel de la 9^e réunion des auristes du sud de l'Allemagne et de la Suisse, tenue à Fribourg (Bade), à Pâques 1889, par E. Bloch. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Rapport sur les progrès de l'otologie durant la seconde moitié de l'année 1889. Anatomie, pathologie et physiologie de l'oreille et du naso-pharynx, par A. Barth. (*Arch. of Otol.*, octobre 1890.)

Mastoidite chez le nègre, par W.-F. Mercer. (*Richmond Acad. of Med. and Surg.*, 26 août, in *N. Y. med. Journ.*, 11 octobre 1890.)

Comptes rendus de la Société d'Otologie américaine, 23^e réunion annuelle, 15 juillet 1890. (*Mercury publishing Company, New Bedford*, 1890.)

Un cas d'otite interne, par H.-D. Schenck. (*Journ. of Ophthalm. Otol. and Laryng.*, octobre 1890.)

Deux cas de fracture de la portion pétreuse de l'os temporal, avec guérison, par F.-G. Ritchie. (*Journ. of Ophthalm. Otol. and Laryngol.*, octobre 1890.)

Les sels de potasse dans le traitement des otites, par M.-E. Grady. (*Journ. of Ophthalm. Otol. and Laryngol.*, octobre 1890.)

Le traitement des inflammations mastoïdiennes, avec une analyse de 80 opérations, par J. Orne Green. (*The amer. Journ. of med. Sciences*, décembre 1890.)

Extraction de la membrane du tympan et des osselets dans le catarrhe chronique de l'oreille moyenne, par S. Sexton. (*Pract. Soc. of New York*, 10 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 22 novembre 1890.)

Aristol dans l'otorrhée, par A.-D. Williams. (*Saint-Louis med. and chir. Journ.*, décembre 1890.)

Corps étrangers de l'oreille, par J.-B. Shapleigh. (*Weekly med. Review*, 13 décembre 1890.)

La méthode corrosive pour l'étude de l'anatomie de l'oreille, par B.-A. Randall. (*The amer. Journ. of med. Sciences*, janvier 1891.)

Un cas de carie étendue et de cholestéatome de l'apophyse mastoïde sans signes locaux d'inflammation. Mort par thrombose du sinus latéral et méningite, par H. Friedenwald. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Un cas de larves vivantes dans l'oreille, par W.-E. Baxter. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Opérations pour guérir les difformités de l'oreille, par E.-B. Dench. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Un coup sur l'oreille suivi de mort en moins d'une semaine, par T. Heiman. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Un cas rare de réflexes auditifs, par H. Steinbrügge. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Deux nouveaux instruments, par Ad. Barth. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Tumeurs osseuses du conduit et leur extraction, par U. Pritchard. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Recherches histologiques et bactériologiques sur les affections de l'oreille moyenne dans les divers types de diphtérie, par Moos. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Sur l'emploi local du menthol et de l'huile d'eucalyptus dans les affections de l'oreille moyenne, par A. Bronner. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Rapport sur les progrès de l'otologie pendant la seconde moitié de l'année 1889, par A. Hartmann. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Induction des cellules ma-toidiennes des deux oreilles dans un cas d'otite moyenne purulente chronique. Guérison rapide et complète à la suite de l'opération, par Huntington Richards. (*N. Y. med. Journ.*, 17 janvier 1891.)

Abcès du lobe temporo-sphénoïdal, secondaire à une otite moyenne, par C.-N. Dowd. (*N. Y. path. Soc.*, 26 novembre 1890; in *N. Y. med. Rec.*, 7 février 1891.)

Marque héréditaire spéciale de l'oreille; fistule auriculaire congénitale, par F. Park Lewis. (*Journ. of Ophthalm. Otol. and Lar.*, janvier 1891.)

Corps étrangers de l'oreille, par C.-G. Fellows. (*Journ. of Ophthalm. Otol. and Lar.*, janvier 1891.)

Abcès de l'oreille moyenne, par R. Barclay. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, janvier 1891.)

Surdité provenant d'une hypertrophie tonsillaire, par A.-D. Williams. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, janvier 1891.)

Un cas de surdité avec absence de la membrane du tympan, retour de l'ouïe après le traitement, par W.-H. Bates. (*N. Y. med. Journ.*, 28 février 1891.)

Le traitement de l'inflammation de la trompe d'Eustache, par R.-W. Seiss. (*Amer. Journ. of med. Sciences*, avril 1891.)

Otite moyenne purulente chronique causant une névralgie faciale persistante, par E.-B. Dench. (*Amer. Journ. of med. Sciences*, avril 1891.)

Otite moyenne aiguë, par Barclay. (*Saint-Louis med. Soc.*, 28 février, in *Saint-Louis med. and surg. Journ.*, avril 1891.)

Mauvais résultats de l'emploi de la seringue auriculaire, par Bresner. (*Saint-Louis med. Soc.*, 28 février, in *Saint-Louis med. and surg. Journ.*, avril 1891.)

Nouvelle méthode opératoire pour guérir les oreilles saillantes, par W. Keen. (*Annals of Surgery*, t. XI, p. 49, 1890.)

Abcès cérébral sous-dure-mérien et kyste sous-dure-mérien guéris par la trépanation, par J.-B. Mendoch. (*Annals of Surgery*, t. XI, p. 81, 1890.)

Otite chronique purulente, par Sexton. (*Practitioner's Soc. of New York*, 6 mars, in *N. Y. med. Rec.*, 18 avril 1891.)

Thrombose des sinus latéraux, par R.-F. Weir. (*Practitioner's Soc. of New York*, 6 mars, in *N. Y. med. Rec.*, 18 avril 1891.)

Amélioration de l'onie à la suite de l'excision des osselets, par J.-D. Bryant. (*Practitioner's Soc. of New York*, 6 mars, in *N. Y. med. Rec.*, 18 avril 1891.)

Traitement de l'otite moyenne chronique purulente par l'excision des osselets cariés, et éloignement des obstructions de l'attique tympanique; trois observations, par C.-J. Colles. (*Amer. Journ. of med. Sciences*, mai 1891.)

Un cas d'occlusion traumatique du méat auditif externe, par M.-L. Foster. (*N. Y. county med. Assoc.*, 20 avril, in *N. Y. med. Rec.*, 2 mai 1891.)

Un crochet pour extraire les corps étrangers de l'oreille, par E. Meierhof. (*N. Y. med. Rec.*, 2 mai 1891.)

Opération pour guérir la surdité, les bourdonnements dans la tête et dans les oreilles, et le vertige, dus au catarrhe chronique du tympan, par S. Sexton. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Recherches bactériologiques sur le contenu de la cavité tympanique sur des cadavres de nouveau-nés et de jeunes enfants, par G. Gradenigo et R. Penzo. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Un cas d'inflammation aiguë de l'oreille moyenne avec symptômes cérébraux inusités, par A. Barth. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Mensurations de la hauteur de la coupole du tympan, par C. Klingel, de Berlin. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Un cas de corps étranger du tympan, par B. Mandelstamm. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Quelques points concernant l'ouverture de l'apophyse mastoïde, par T. Heiman. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Contribution à l'histologie des polypes de l'oreille, par E. Klingel, de Heidelberg. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Rapport sur les progrès de l'otologie pendant la première moitié de l'année 1890. — I. Anatomie normale et pathologique, histologie et physiologie de l'oreille et du naso-pharynx, par A. Barth. — II. Pathologie et thérapeutique, par A. Hartmann. (*Arch. of Otol.*, avril et juillet 1891.)

Inflammation primitive aiguë de la région mastoïdienne externe, par Sayer Hersbrouck. (*Journ. of Ophth. Otol. Lar.*, avril 1891.)

Glycérine boricquée dans l'otite moyenne suppurée, par E.-H. Linnel. (*Journ. of Ophth. Otol. Lar.*, avril 1891.)

Atrésie du conduit auditif externe, par W.-A. Philips. (*Journ. of Ophth. Otol. Lar.*, avril 1891.)

Suppuration chronique de l'oreille moyenne, par E.-L. Boice. (*Journ. of Ophth. Otol. Lar.*, avril 1891.)

Opération pour un abcès intra-crânien consécutif à une otite moyenne suppurée, par L.-A. Stimson. (*N. Y. surg. Soc.*, 25 mars, in *N. Y. med. Journ.*, 30 mai 1891.)

Hallucinations auriculaires guéries par l'extraction de corps étrangers de l'oreille, par W.-P. Spratling. (*N. Y. med. Rec.*, 13 juin 1891.)

Quelques points de la pathogénie du vertige auriculaire, par O.-D. Pomeroy. (*N. Y. med. Journ.*, 20 juin 1891.)

Occlusion traumatique du méat auditif externe, par M.-L. Foster. (*N. Y. med. Journ.*, 18 juillet 1891.)

Cérumen ayant envahi l'apophyse mastoïde et produit une paralysie faciale, par J.-W. Dalbey. (*N. Y. med. Journ.*, 18 juillet 1891.)

Observations d'affections labyrinthiques traitées par le chlorhydrate de pilocarpine, par S. Mac Cuen Smith. (*Phil. county med. Soc.*, 24 juin, in *weekly med. Review*, 18 juillet 1891.)

Deux cas d'adénome des glandes sébacées de l'oreille externe, par C. Klingel. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

Vésicules du méat auditif externe, par H.-L. Swain. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

Emploi de l'électricité dans les affections chroniques de l'oreille moyenne; rapport sur les 10 premiers cas traités par cette méthode, par W.-E. Baxter. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

I. De l'emploi du benzoïnol pour humecter le coton de la membrane tympanique artificielle. — II. Quelques remarques sur l'emploi de la styrène dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, spécialement dans les perforations de la membrane de Shrapnell. — III. Corps étranger ayant séjourné 24 ans dans le méat auditif externe sans nuire à l'audition. Extraction avec un crochet et une seringue, par J.-A. Spalding. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

I. Contribution à la morphologie du pavillon de l'oreille chez l'homme. — II. Diagnostic, pronostic et traitement de la surdité progressive dans les inflammations chroniques non suppurées de l'oreille moyenne, par Gradenigo. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

Des perforations de la membrane flasque de Shrapnell, avec remarques sur la formation du cholestéatome, par E. Schmiegelow. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

Extraction d'une balle de revolver du temporal au moyen du ciseau. Guérison, avec préservation de l'ouïe, par O. Wolf. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

Catarrhe chronique de la caisse, par W.-E. Rounds. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, juillet 1891.)

Thermométrie en relation diagnostique avec une affection auriculaire, par G. Sterling Ryerson. (*N. Y. med. Rec.*, 22 août 1891.)

Inflammation mastoïdienne, par H. Knapp (24^e congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, Washington, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891.)

Ouverture libre de la mastoïde et enlèvement de tout le tissu malade, par C.-J. Blake (24^e congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, Washington, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891.)

Suppuration aiguë de l'oreille moyenne, par J.-M. Ray (24^e congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, Washington, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891.)

Epilepsie otitique, trépanation et méningite à terminaison mortelle, par B.-A. Randall (24^e congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, Washington, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891.)

Notes sur l'emploi du rouleau (frigorifique) de Leiter (Leiter Coil) au début de la mastoïdite, par Gorham Bacon (24^e congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, Washington, 22 septembre, *N. Y. med. Journ.*, 10 octobre 1891.)

Excision de la membrane du tympan et du marteau nécrosé dans l'otite moyenne purulente chronique, par Ch.-H. Burnett. (24^e congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, Washington, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891.)

I. Dislocation inusitée du manche du marteau. — II. Guérison des anciennes perforations de la membrane du tympan, par S. Theobald (24^e congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, Washington, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891.)

Anatomie de l'oreille de l'éléphant, par Huntington Richards (24^e congrès de l'*Amer. otol. Soc.*, Washington, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891.)

Nouveaux ciseaux pour l'oreille, par A.-A. Hubbell. (*N. Y. med. Journ.*, 22 août 1891.)

Inflammation chronique non suppurée de l'oreille moyenne. Observations de malades traités à la « *New York eye and ear Infirmary* », par E.-B. Dench. (*N. Y. med. Journ.*, 26 septembre 1891.)

Lésion localisée au centre auditif, par C.-K. Mills. (*Amer. neurol. Ass.*, 17^e congrès, Washington, 24 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 3 octobre 1891.)

Application des antiseptiques dans la chirurgie oculaire et auriculaire, par M.-L. Foster. (*Med. Soc. of the county of New York*, 27 septembre: in *N. Y. med. Rec.*, 10 octobre 1891.)

ERRATA

Par suite d'une omission de composition, le nom de l'auteur du *Manuel des maladies de l'oreille*, analysé par notre collaborateur le Dr Lannois, à la page 718 des *Annales*, a été oublié. C'est le Dr F. Rohrer, de Zurich. L'ouvrage est édité chez Frantz et Deuticke à Vienne.

Dans la liste des ouvrages envoyés aux *Annales*, au lieu de *Traité clinique et thérapeutique de l'hygiène*, etc., par Gilles de la Tourette, lire : *Traité clinique et thérapeutique de Phystérie*.

A la page 700 (mémoire du Dr Læwenberg), lire à l'alinéa 4, au lieu de « rien n'indique qu'ils n'aient été, etc., rien n'indique qu'ils aient été.

A la page 706 du même mémoire (lignes 13 et 14), au lieu de « le premier cas s'est un instant compliqué de mastoïdite pendant le traitement même, il faut lire : « les deux cas se sont compliqués de mastoïdite. »

NOUVELLES

Nous avons le vif regret d'apprendre à nos lecteurs la mort de notre illustre collègue, E. Bouchut, de Paris, qui vient de succomber à l'âge de 73 ans, après une longue et douloureuse maladie. Tous ceux qui ont assisté au Congrès international de Berlin ne peuvent avoir oublié l'ovation si chaleureuse qui fut faite à l'inventeur du tubage de la glotte dans une des séances de ce Congrès.

Nous recevons de Bonn la nouvelle de la mort du professeur *Weber-Liel*, un des rédacteurs en chef d'un des organes les plus anciens et les plus estimés de notre spécialité : le *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, etc. Le professeur *Weber-Liel* était âgé de 60 ans.

Nous lisons dans l'*Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung* que le *D^r E. Kaufmann*, Privat-Docent, a été nommé professeur extraordinaire à l'Université tchèque de Prague.

Ordre du jour de la séance du 4 décembre de la *Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris*.

Sarcome amygdalien. Diagnostic histologique difficile, par *Luc*.

Deux observations de kystes du nez. Examen histologique et bactériologique, par *CHATELLIER*.

Vertiges de Ménière. Battements pulsatiles à l'endoscope dénonçant l'otite, par *GELLÉ*.

I. Contribution à l'étude des angines phlegmoneuses. — II. Note sur le traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée (angine de *Thornwaldt*), par *RUALT*.

Election d'un vice-président, d'un secrétaire annuel et d'un trésorier.

VIN DE CHASSAING. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. — (Poudre de séné composée); une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Les électro-thermo-cautères, par CHEVAL. (Extrait du *Journal de méd. chir., et pharm. de Bruxelles*, octobre 1891.)

Some points on the local therapeutics of disease of the Nose and Throat (Quelques points de la thérapeutique locale des affections du nez et de la gorge, par W. C. PHILLIPS. (Extrait du *N. Y. Med. Record*, 11 avril 1891.)

Contribution à l'étude des otomycoses, par F. SOULS. (Thèse de Bordeaux, imprimerie Cadoret, 1891.)

Polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, par M. NATIER. (Extrait des *Annales de la policlinique de Paris*, n° 7, 8 et 9, 1891.)

Statistique du service de rhinologie, d'otologie et de laryngologie de la policlinique de Paris, par M. NATIER. (Broch. de 16 pages, Doin, éditeur, Paris, 1891.)

Ueber die Classification und Ätiologie der Mittelohrentzündungen im Allgemeinen (Classification et étiologie des otites moyennes en général, par J. GRADENIGO. (Tirage à part de l'*Allgem. Wiener med. Zeit.*, XXXVI, 1891.)

Un caso di afonia isterica migliorato coll' ipnotismo e guarito col massaggio (Un cas d'aphonie hystérique amélioré par l'hypnotisme et guéri par le massage, par A. DAMIENO. (Extrait du *Giorn. intern. delle Scienze med.*, 1891.)

Ueber Ozena, par DEMME. (Tirage à part de la *Deutsch. med. Woch.*, n° 46, 1891.)

Bulletins et mémoires de la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris. (Veuve Babé, éditeur. Paris, novembre 1891.)

Le Gérant : G. MASSON.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1891

(17^e VOLUME)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

A

Abate (C.), 823.
Abramson, 225.
Aguanno (A. d'), 76, 803, 824.
Aigre (D.), 142.
Alpiger, 730.
Andersen, 221.
Armstrong, 215.
Arnaud (R.), 127, 139, 141.
Astier (C.), 643.

B

Ball (J.-B.), 223.
Bandler (A.), 616.
Barelay (R.), 327.
Barling (G.), 672.
Batten (R.-D.), 670.
Battle, 233, 555.
Baudouin (G.), 138.
Bayer (L.), 329, 416.
Berg, 735.
Bergengrun, 731.
Berger (Paul), 143.
Berliner (M.), 267.
Berlioz, 135.
Bernard, 238.
Berry (J.), 427.
Betz, 672.
Bilhaut (M.), 137.
Birkett (H.-S.), 618.
Bjorkjakow, 610.
Blackman, 212, 564.
Blitz (A.), 337.
Bloch (C.), 803.
Bobone (T.), 59.
Boeke (J.), 425, 556.

Bokai, 427.
Bondeson, 222.
Bonne, 496.
Bosworth (F.-H.), 200, 273, 547, 734.
Botey (R.), 33, 69.
Bouchaud, 131.
Boucheron, 118.
Boulland, 120.
Bowie (J.), 669.
Braun (M.), 282.
Brebion, 288.
Bresgen (M.), 280, 497.
Brissaud (E.), 121.
Bronner (A.), 555.
Brosset, 138.
Brown (J.), 239.
Browne (Lennox), 227, 721, 722, 736, 743.
Bungner (Von), 343.
Butler, 235.
Butlin, 272.

C

Caiger (F.-L.), 235.
Canniot, 143.
Capart (A.), 202, 289, 329, 340, 348, 420.
Cartaz (A.), 475.
Casselberry, 290.
Chaix, 120.
Chappell (F.), 339.
Charazac (J.), 120, 126.
Charlier, 350.
Charvol, 148.
Cheval, 409, 412.
Chiari (O.), 278.
Chipault (A.), 140.
Cholewa, 323, 423, 483.

Cimmino (R.), 811.
 Cisneros (J.), 70.
 Clarac (U.), 128.
 Clemens (Th.), 614.
 Clément, 138.
 Cnopf, 236.
 Cohn, 563.
 Collier (Mayo), 723.
 Compaired (C.), 818, 826.
 Concetti (L.), 809.
 Cornil (V.), 128.
 Corradi (C.), 204, 809, 822.
 Couëtoux (L.), 174, 186, 391, 393,
 629, 786.
 Covernton, 743.
 Cozzolino (V.), 67, 77, 761, 810,
 832.
 Cramer (T.), 498.
 Cresswell-Baber (E.), 671.
 Culot, 141.

D

Dalby (W.-B.), 201.
 Daly, 287.
 Damieno (A.), 808.
 Davidson, 201.
 Davis (H.), 224.
 Déjerine (J.), 320.
 Delagenière (H.), 146.
 Deletti (G.), 829.
 Delie, 415, 418, 419.
 Delstanche (Ch.), 394, 403, 405.
 Delthil, 552.
 Demme (C.), 266, 646.
 Derouet, 119.
 Désiré (P.-E.), 805.
 Dionisio (I.), 825, 826, 829.
 Donelan (J.), 562.
 Dor (L.), 138.
 Dorn (C.), 336.
 Downie (J.-Walker), 563.
 Dufefoy (A.), 256.
 Dundas Grant (J.), 558, 722.

E

Egidi (F.), 807, 828.
 Espine (D'), 235.

Falk (E.), 499.
 Fasano (A.), 806.
 Fauvel (Ch.), 123.
 Favitzky, 727.
 Felici (F.), 77.
 Ferrand, 119.
 Ficano (G.), 58, 122, 602.
 Finley (F.-G.), 216.
 Fleiner, 221.
 Fournier (A.), 140.
 Fournier (C.), 121.
 Fowler, 233.
 Fox (Colcott), 237.
 Fraenkel (B.), 115, 202, 208, 266,
 483, 804.
 Franks (Kendal), 720.
 French (T.-R.), 282.
 Freudenthal (W.), 333, 343.

G

Gallardo, 79.
 Gampert, 123.
 Ganghofner, 214.
 Gangolphe (M.), 144.
 Garel (J.), 107, 305, 386, 453.
 Gastou (P.), 462, 475, 603.
 Gaucher (E.), 145.
 Gay, 213.
 Gellé, 116, 472, 473, 478, 479, 577.
 Gevaert, 419.
 Giesen, 727.
 Gillian, 339.
 Glettsmann, 284.
 Gomperz (B.), 324.
 Gooch (J.-W.), 226.
 Goodwillie, 337.
 Goris (C.), 330, 408.
 Gorodetzky, 720.
 Gottstein (J.), 273.
 Gouguenheim (A.), 482, 505.
 Grabower, 193, 202, 289, 724.
 Gradenigo (G.), 62, 536, 811, 812,
 813.
 Gradle (H.), 499.
 Grazi (V.), 814, 817.
 Grossard (E.), 135.
 Grossmann, 728.
 Grünwald (L.), 206, 615.
 Guthrie, 673.
 Guye, 406, 488.

H

Habermann (J.), 295, 608.
 Hahn (F.), 493.
 Hailes (W.), 557.
 Hajek, 73.
 Hall (de Haviland), 215.
 Hamilton, 738.
 Hammer, 240.
 Hartmann (A.), 115, 239.
 Haug (R.), 326, 653.
 Heiman (T.), 327, 328, 424.
 Henrot (H.), 141.
 Hermann, 219, 615.
 Hermet, 117.
 Hertel, 204.
 Heryng (T.), 1, 276.
 Herzfeld, 341, 483, 497.
 Herzog, 735.
 Hessler, 658.
 Heurtaux, 117.
 Heymann (P.), 323.
 Hicquet (C.), 417.
 Hildebrandt, 661.
 Hill (W.), 735.
 Hillis (J.-D.), 214.
 Hinrichs (F.), 492.
 Holt (Emmet), 338.
 Honman, 740.
 Horsley (V.), 211, 282.
 Hutchinson, 560.

J

Jacobi, 337.
 Jacobsen (J.), 223.
 Jacobson, 729, 743.
 Jaja (F.), 77.
 Jänicke (M.), 654.
 Jarvis (W.-C.), 279.
 Jeanselme (E.), 147.
 Jeanty (J.-M.), 316.
 Joel (J.), 134.
 Joly (A.), 262.
 Jones (Arnalt), 672.
 Jones (Macnaughton), 669.

Jonquière (G.), 332.
 Joseph (M.), 617.
 Josserand, 127.
 Jourdanet (L.-G.), 719.
 Juhel-Rénoy (E.), 149.
 Jurgensmeyer, 492.

K

Kafemann (R.), 496.
 Karlinski (J.), 613.
 Katz (L.), 291, 487, 657.
 Katzenstein, 606.
 Kayser (R.), 491.
 Keferstein, 499.
 Keller, 326.
 Kiesselbach, 616.
 Killian (G.), 192, 336.
 Klein (C.-H. von), 559.
 Knapp (H.), 422.
 Knight (C.-H.), 198.
 Koch (Paul), 286, 307.
 Körner (O.), 345, 346, 664.
 Korkunoff (A.-P.), 331.
 Krakauer (A.), 202, 321, 483, 606,
 646, 715.
 Krause (H.), 205.
 Kurz (E.), 427.
 Kuttner (A.), 278.

L

Labus (C.), 823.
 Lacoarret (L.), 471.
 Landgraf, 484.
 Landow, 736.
 Langmaid (S.-W.), 190.
 Lannois (M.), 27.
 Lauenburg, 614.
 Laurent (O.), 284, 403, 421, 600.
 Lavrand (H.), 474.
 Lediard, 234.
 Lefferts (G.-M.), 286, 335.
 Le Fort (L.), 145.
 Lermoyez (M.), 86.
 Letulle (M.), 146.
 Leuch (G.), 492.
 Levi (Leone), 67.
 Lewin (G.), 321, 322, 323.
 Lichtenberg (C.), 425, 426, 555.
 Lichtwitz (L.), 133, 707.
 Linossier (G.), 150.
 Livon (C.), 125.

Lœffler, 238, 534.
 Lœwe, 269, 325.
 Lœwenberg (B.), 117, 689.
 Lublinski (W.), 192, 202.
 Luc (H.), 124, 132, 195, 289, 603.
 Lucke, 224.
 Ludewig, 291, 293, 602.
 Lusk, 506.

M

Mac-Bridé (P.), 270.
 Mac Coy (A.-W.), 198.
 Mac Culloch (A.), 563.
 Mackenzie (Hunter), 722.
 Mackenzie (J.-Noland), 196.
 Mac Mahon, 501.
 Mac Weeny, 744.
 Madeuf, 463, 469.
 Maggiora (A.), 812, 813.
 Major (G.-W.), 334, 338, 735.
 Makins, 639.
 Manning, 672.
 Marano (S.), 70.
 Marcel, 287.
 Mariani, 233.
 Marignac (E. de), 235.
 Marmaduke, 670.
 Martino (B.), 65.
 Masini (G.), 63, 819.
 Massei (F.), 65, 287, 473.
 Masucci (P.), 807, 811.
 Maydl, 232.
 Mayer (E.), 335.
 Mayer (G.), 499.
 Meigs, 229.
 Meltenheimer, 237.
 Mendel (H.), 314, 505.
 Merklen (P.), 142, 150.
 Meyer (E.), 219, 611.
 Meyjes, 336.
 Michelson (P.), 558, 560.
 Migge (M.), 319.
 Milligan (A.), 222.
 Miot (C.), 470, 605.
 Moll (A.-C.-H.), 421.
 Moncorgé (R.), 114.
 Montaz, 552.
 Moos, 667.
 Morejon, 234.
 Morpurgo (E.), 60.
 Mounier (F.), 589.
 Mount-Bleyer, 281.
 Moure (E.-J.), 147, 268, 463, 829.
 Mygind (Holger), 231, 742.

N

Nelson (S.-N.), 230.
 Neumann, 274.
 Newman (D.), 212.
 Nicolai (V.), 806, 809.
 Nollenius, 493.
 Noquet, 413, 468.
 Northrup, 281.
 Nuvoli (G.), 819, 822.

O

O'Dwyer (J.), 280.
 Olympitis (N.), 48.
 O'Neill (H.), 222.
 Onodi (A.), 287.
 Oppenheimer, 207.
 Osgood, 231.
 Ossendowsky, 220.
 Ott, 740.
 Otto, 239.
 Ouspenski, 311, 395.

P

Panas (P.), 134.
 Parisot (P.), 133.
 Pasquale, 733.
 Patrzek, 616.
 Pelati, 59.
 Peltessohn, 196.
 Péraire (M.), 122.
 Périer (Ch.), 143.
 Perrelet (L.), 113.
 Peugniez, 121.
 Peyrissac (E.), 125.
 Pienazek, 274, 290.
 Pilatte, 123.
 Pilliet (A.), 149.
 Pogorelsky, 731.
 Poli (C.), 810.
 Politzer (A.), 245, 369.
 Polo, 127.
 Poncet (A.), 136.
 Porai-Koshitz, 744.
 Potter, 726.
 Pritchard (U.), 423.
 Przedborski, 284.

Q

Quinlan, 340.

R

Rachford, 230.
 Rainsford (H.), 563.
 Ranke, 280.
 Raugé (P.), 126, 129.
 Raulin (V.), 115, 128, 130, 135, 139.
 Ray (Morrison), 334.
 Raymond (F.), 124.
 Reclus (P.), 140.
 Redard (P.), 129.
 Remack, 607.
 Rendu (H.), 147.
 Rettig, 324.
 Ricci (A.), 75.
 Richelot (G.), 123.
 Roberts, 742.
 Robertson (W.), 210, 732.
 Rohrer (F.), 119, 718.
 Romiti (G.), 78.
 Roquer-Casadesus, 74, 827, 832.
 Rosander, 427.
 Rosenbach (O.), 612.
 Rosenberg (A.), 321, 490.
 Rosenfeld (G.), 267.
 Rosenthal (C.), 322, 616.
 Rougier (L.), 121.
 Rousseaux (L.), 408.
 Roux (G.), 150.
 Royer (A.), 140.
 Rozenz, 674.
 Ruault (A.), 132, 135, 480.
 Rulten, 418.

S

Sabatier, 136.
 Sainsbury, 555.
 Saint-Hilaire (E.), 123, 476.
 Sajous (C.-E.), 649, 805.
 Salzer, 217.
 Sandford, 722.
 Saundby, 222.
 Scatliff (E.), 674.
 Schadewald, 726.
 Schaede (M.), 553.
 Schaeffer (M.), 333, 490, 494, 496.

Schan, 236.
 Schech (P.), 271.
 Scheibe (A.), 610.
 Scheier, 322, 323, 608, 649.
 Scheinmann (J.), 234, 321, 323, 500.
 Schiffers (F.), 415.
 Schorler, 607.
 Schrötter (L. von), 285, 800.
 Schulten, 225.
 Schuster, 407.
 Schwabach, 297.
 Schweig, 347.
 Schwendt (A.), 192.
 Schmidt (Moritz), 288.
 Schmiegelow (E.), 131.
 Secchi (C.), 815.
 Seibert (A.), 565.
 Seifert (O.), 267.
 Seligmann (H.), 498.
 Semon (F.), 211, 216, 282, 670.
 Sevestre (A.), 137.
 Sexton (S.), 200.
 Shalita (G.-S.), 217.
 Shattock, 670.
 Sheild (Marmaduke), 671.
 Shendrikowski, 745.
 Shepherd, 223.
 Simanowski, 731, 734, 743, 745.
 Simon (Jules), 137.
 Simon (Paul), 120.
 Singer (J.), 611, 614.
 Smith, 674.
 Smith (W.), 334.
 Solis-Cohen (S.), 197.
 Sota y Lastra (R. de la), 831.
 Spicer (Scanes), 734, 737.
 Spitz, 224.
 Staveley, 219.
 Stein (S. de), 57.
 Steinbrügge (H.), 459.
 Steinthal, 220.
 Stevenson (T.), 564.
 Strazza (G.), 830.
 Suarez de Mendoza (F.), 111, 462, 467, 634.
 Szuhannek, 733.
 Suñe y Molist (L.), 62, 815.
 Surmont (H.), 148.
 Swain (M.-L.), 199, 347.
 Symonds (Ch.-J.), 227, 730.
 Szenes (S.), 485.

T

Tchernoff (V.), 213.
 Terrier (F.), 146.
 Terrillon (O.), 144.

Thilly (L.), 112.
 Thost (A.), 207, 488.
 Tissier (P.), 433, 515.
 Toeplitz, 269, 290.
 Tolmatcheff, 221.
 Toti (A.), 810.
 Trasher (A.-B.), 560.
 Trautmann, 458.
 Treitel (de Berlin), 195, 665.
 Treitel (de Breslau), 422.
 Trifiletti (A.), 73, 814.
 Trumbull, 346.
 Turner, 232, 562, 674.

U

Urban, 729.
 Urbantschitsch (V.), 50.

V

Valy (E.), 425, 557.
 Van der Poel, 197.
 Verdos (P.), 60, 61, 816.

Vilcoq (J.), 141,
 Vohsen, 271.

W

Wagner, 289, 327.
 Wagnier, 473.
 Watson (Spencer), 651.
 West (S.), 228.
 Wharton, 214.
 Wilson (J.), 671.
 Winternitz (P.), 613.
 Woelfler, 741, 742.
 Wolf (O.), 666.
 Wolfenden (R. Norris), 228.
 Woolen, 225.
 Wright, 739.

Z

Zaufal (E.), 165.
 Zwaardemaker, 739.
 Zwillinger (H.), 559.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

	Pages.
Abcès tympaniques (Notes sur le mécanisme de la migration des), par L. Couëtoux.....	393
Accident laryngé dans le cours du mal de Bright, par H. Mendel.	314
Anatomie pathologique des cavités nasales (Contribution à l'), par G. Gradenigo.....	536
Audition colorée (Une observation d'), par Ch. Delstanche.....	394
Avulsion de l'étrier chez les animaux (Expériences d'), par R. Botey	33
Battements pulsatiles constatés à l'endotoscope (Valeur séméiotique des), par Gellé	577
Carcinôme de la corde vocale gauche. Laryngo-fissure. Mort cinq jours après, par L. Lichtwitz	707
Cholestéatome de l'oreille au point de vue anatomique et pathologique (Du), par A. Politzer	245
Collodion dans le relâchement de la membrane du tympan (De l'emploi du), par M. Lannois	27
Corps étrangers de la cavité du tympan. Importance de l'examen ophtalmoscopique (Sur le traitement opératoire des), par E. Zaufal	165
Corps étrangers du larynx (Sur les), par P. Koch	307
Epithélioma de la corde vocale supérieure. Extirpation endolaryngienne. Guérison, absence de récurrence, par A. Gouguenheim et H. Mendel	506
Erysipèle primitif de la langue, par J. Garel.....	305
Examen du pharynx nasal, par F. Mounier.....	589
Exostoses multiples du crâne avec atrophie unilatérale de la face (Sur un cas d'), par A. Krakauer.....	715
Fibrome kystique volumineux du larynx. Extirpation endolaryngée sans trachéotomie, par J. Garel	107
Influenza (Les maladies d'oreille dans l'), par A. Joly.....	262
Instruments et technique chirurgicale employés dans les affections des sinus du nez (Frontaux, maxillaires, ethmoïdaux, sphénoïdaux et ethmoïdo-lacrymaux), par V. Cozzolino.....	761
Laryngites chroniques. Processus pachydermiques, Traitement médical et chirurgical (Etude sur les), par P. Tissier	433
Lupus de l'oreille moyenne, par M. Ouspenski.....	321
Mode respiratoire pendant la gymnastique (Du), par L. Couëtoux.	786
Myxômes du larynx (Contribution à l'étude des), par A. Duféoy.	256
Œdème aigu infectieux bénin du larynx, par J. Garel.....	453
Opérations intra-nasales (Des accidents qui suivent les), par M. Lermoyez	86

	Pages.
Otite grippale observée à Paris en 1891 (L), par B. Læwenberg .	689
Papillôme du larynx chez l'enfant. Disparition spontanée après trachéotomie, par J. Garel	386
Phénomènes auditifs produits par le diaphragme placé sur le maxillaire inférieur (Note sur l'interprétation des), par L. Couëtoux..	391
Phtisie du larynx. Sa guérison radicale peut-elle être obtenue par le traitement endo-laryngé? par T. Heryng	1
Pince laryngienne antéro-postérieure nouvelle à fente médiane. Observation de polype laryngien enlevé à l'aide de cette pince, par F. Suarez de Mendoza.....	634
Sinus de la face, des cellules de l'ethmoïde et de l'apophyse mastoïde (Essai d'une théorie des fonctions des), par L. Couëtoux.....	174
Sténoses nasales (Contribution au traitement des), par C. Astier.	683
Syphilis de l'oreille, par M. Ouspenski	395
Tumeurs fibreuses pré-épiglottiques, par O. Laurent.....	600
Voile du palais dans la respiration (Du rôle du), par Couëtoux..	186
Voile du palais dans l'effort (Du), par L. Couëtoux.....	629

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

Oreille.

	Pages.
Abcès du cervelet, par Chaix.....	120
Abcès tympaniques (Notes sur le mécanisme de la migration des), par L. Couëtoux.....	393
Abcès mastoïdiens (Traitement des), par Guye.....	406
Abcès otitiques du cerveau guéris par la trépanation (Deux cas d'), par U. Pritchard.....	423
Abcès cérébral et cholestéatome de la caisse, par J. Boeke....	556
Abcès du cervelet consécutifs aux otites (Contribution à l'étude des), par L.-G. Jourdanet.....	719
Accidents cérébraux accompagnant une affection de l'oreille moyenne. Opération. Guérison, par Sainsbury et Battle.....	555
Affections de l'oreille : leur influence sur le développement et la marche des maladies mentales, par Bjoljakow.....	610
Affection de l'oreille moyenne compliquée de thrombose et de suppuration du sinus latéral avec signe de pyémie traitée avec succès (Deux cas d'), par Makins.....	639
Anatomie et physiologie de l'oreille. Revue bibliographique, par S. de Stein.....	57
Anatomie pathologique de l'organe de l'ouïe, par Steinbrügge..	459
Ankylose osseuse de l'étrier. Otite moyenne sèche, par L. Katz.	487
Appareil auditif (Recherches cliniques sur la réaction de l'), par L. Perrelet.....	113
Assemblée annuelle des Otologistes et Laryngologistes belges. Compte rendu, par O. Laurent.....	403
Audition colorée. Etude sur les fausses sensations secondaires physiologiques et particulièrement sur les pseudo-sensations de couleurs associées aux perceptions objectives des sons, par F. Suarez de Mendoza.....	111
Audition colorée (Une observation d'), par Ch. Delstanche....	394
Avulsion de l'étrier chez les animaux (Expériences d'), par R. Botey.....	33
Battements pulsatiles constatés à l'endoscope (Valeur sémiologique des), par Gellé.....	577
Bourdonnement perceptible à distance, par Wagner.....	327
Bourdonnement d'oreilles (Diagnostic différentiel et pronostic du), par Macnaughton Jones.....	669
Cancer du pavillon (Deux cas de), par E. Valy.....	425
Carie et extraction de l'enclume, par Ludewig.....	293
Cérumens (Deux curieux), par Délie.....	418
Chirurgie de l'apophyse mastoïde [Contribution annuelle (1890-91) à la pathologie et à la], par R. Cimmino.....	811
Chirurgie de l'os temporal, par L. Suñe.....	815
Cholestéatome de l'oreille au point de vue anatomique et pathologique (Du), par A. Politzer.....	245 et 369
Clinique universitaire de l'Université de Halle. Compte rendu annuel du 1 ^{er} avril 1889 au 30 mars 1890, par Ludewig.....	662

Cocaïne dans la caisse du tympan (Accidents graves consécutifs à l'instillation de), par G. Ficano.....	58
Collapsus de la membrane du tympan, par C. Lichtenberg.....	426
Collodion dans le relâchement de la membrane du tympan (De l'emploi du), par M. Lannois.....	27
Collodion dans le traitement du relâchement tympanique (Le), par Keller.....	326
Corps étrangers de l'oreille (Trois cas d'extraction de), par L. Rougier.....	121
Corps étrangers de la cavité du tympan. Importance de l'examen ophtalmoscopique (Sur le traitement opératoire des), par E. Zaufal.....	165
Développement incomplet des deux oreilles (Un cas de), par T. Heiman.....	327
Diplopie réflexe par lésions de l'oreille (Un cas de), par P. Verdos.....	816
Douleurs d'oreille (Traitement des), par B. Gomperz.....	324
Eclairage électrique pour l'oreille, le nez, la cavité naso-pharyngienne (Appareil d'), par Trautmann.....	488
Electro-acoumètre, par Cheval.....	412
Emphyseme généralisé produit par le cathétérisme de la trompe d'Eustache (Un cas d'), par P. Verdos.....	61
Epilepsie réflexe (A propos d'un cas de guérison d'), par C. Goris.....	408
Epreuve de l'ouïe (Valeur diagnostique différentielle des mots pour l'), par O. Wolf.....	666
Exostose du conduit auditif externe, par Heurtaux.....	117
Exostose du conduit auditif externe (Un cas d'), par C. Delstanche.....	405
Exostose du conduit auditif externe (Un cas d'enlèvement d'une), par T. Heiman.....	424
Exostoses multiples du crâne avec atrophie unilatérale de la face (Un cas de formation d'), par A. Krakauer.....	715
Formulaire raisonné des maladies de l'oreille, du nez, de la gorge, du larynx et de l'œsophage, par G. Ficano.....	602
Fosse jugulaire et déhiscences du plancher de la caisse, par O. Körner.....	664
Furoncles du conduit auditif externe (Observations bactériologiques sur les), par A. Maggiora et G. Gradenigo.....	812
Hématome de la caisse du tympan chez un hémophilique (Cas d'), par F. Rohrer.....	119
Hémorrhagies du labyrinthe dues à l'anémie simple et à l'anémie pernicieuse, par J. Habermann.....	608
Histologie du limaçon et plus spécialement de la strie vasculaire (Contribution à l'), par L. Katz.....	657
Histologie et bactériologie de l'oreille moyenne dans les différentes formes de la diphtérie, par Moos.....	667
Influenza (Les complications auriculaires dans l'épidémie actuelle d'), par B. Lœwenberg.....	117
Influenza (Les maladies d'oreille dans l'), par A. Joly.....	262
Influenza compliquée d'affection de l'oreille dans l'Afrique centrale, par J. Bowie.....	669
Instruments présentés à la réunion des Otologistes belges, par C. Delstanche.....	405
Instruments présentés à la Société de Laryngologie, Otologie et Rhinologie de Paris, par C. Miot.....	605
Lupus de l'oreille moyenne, par M. Ouspenski.....	311
Maladies de l'oreille pendant la vie fœtale et la première enfance : leurs graves conséquences sur l'ouïe et la parole (Les), par V. Grazi.....	817

Manuel d'otologie pour les étudiants et les médecins, par F. Rohrer.....	718
Médicaments nouveaux et nouvelles méthodes de traitement en oto-rhino-laryngologie, par G. Masini.....	63
Médicaments nouveaux introduits dans la pratique auriculaire (Sur la valeur thérapeutique de quelques), par S. Szenes....	485
Membrane de la coquille de l'œuf et de son emploi pour la transplantation (De la faculté d'organisation de la), par R. Haug..	653
Mobilisation de l'étrier, par Boucheron.....	118
Nerf auditif dans la néphrite (Affections du), par G. Gradenigo..	811
Opérations intra-tympaniques, par C. Poli.....	810
Oreille et épidémie de grippe actuelle, par Gellé.....	116
Oreille et bruit ou accidents de l'organe de l'ouïe dans les professions bruyantes, par Ferrand.....	119
Oreille des chaudronniers (De la dureté d'), par J. Habermann..	295
Oreille dans le tabes dorsalis (Des maladies d'), par Treitel, de Berlin.....	665
Os dans le tympan (Un cas de nouvelle formation d'), par J. Habermann.....	608
Oscillations de la tête (De l'étiologie des), par J. Singer.....	611
Ossification du pavillon consécutive à une périchondrite séropurulente, par Knapp.....	422
Ostéite condensante de l'apophyse mastoïde, par G. Nuvoli.....	819
Ostéome du conduit auditif externe (Un cas d'), par C. Lichtenberg.	425
Otite moyenne purulente chez le tuberculeux (Des différentes formes d'), par T. Bobone.....	59
Otitis de la grippe (Les), par Hermet.....	117
Otite ostéopériostique, par S. Duplay.....	118
Otite moyenne suppurée (Mode d'évolution particulier d'une), par Derouet.....	119
Otitis suppurées chez les enfants (Quelques complications cérébrales des), par Paul Simon.....	120
Otite moyenne catarrhale chronique. Bourdonnements. Instillation de cocaïne; amélioration, par J. Charazac.....	121
Otitis de l'influenza (Les), par L. Katz.....	291
Otite due à l'influenza, par Ludewig.....	291
Otite moyenne purulente chronique (Contribution à l'étude des rapports des tumeurs adénoïdes avec l'), par Wagnier.....	473
Otite moyenne chronique (Massage du tympan et des osselets dans l'), par A. Bronner.....	555
Otite grippale observée à Paris en 1891 (L'), par B. Löwenberg.	689
Otitis moyennes purulentes (Observations bactériologiques sur les), par A. Maggiora et G. Gradenigo.....	812
Otitis catarrhales (Contribution à l'étude de l'étiologie des), par A. Maggiora et G. Gradenigo.....	813
Otite externe chez les névropathes (L'), par A. Trifiletti.....	814
Otitis moyennes purulentes chroniques et otorrhées (Un bon remède contre les), par V. Grazi.....	814
Otopathies grippales (Les), par P. Verdos.....	80
Otorrhée : son traitement par le tanin, par Pelati.....	59
Otorrhée datant de vingt-six ans; polypes volumineux des deux oreilles. Guérison de la surdité, par J. Charazac.....	121
Otorrhée (Causes, conséquences et traitement de l'), par Mar- maduke.....	670
Ouverture de l'apophyse mastoïde (Un cas d'), par C. Lichten- berg.....	555
Ouverture opératoire de l'apophyse mastoïde (L'), par J. Boeke.	556
Ouverture de l'apophyse mastoïde par le conduit auditif externe.	

	Pages.
Peut-elle être regardée comme ayant la même valeur que les autres méthodes employées? par Hessler.....	658
Paracentèse de la membrane du tympan (Un deuxième cas de lésion du bulbe de la veine jugulaire interne dans la), par Hildebrandt.....	661
Pavillon de l'oreille chez les normaux, les aliénés et les criminels (La conformation du), par G. Gradenigo.....	62
Pavillon de l'oreille au point de vue de l'identité (Des plis du), par Boulland.....	120
Pavillon de l'oreille à l'état normal chez les aliénés et les idiots (Altérations morphologiques du), par E. Valy.....	557
Perception du son par les os (De l'épreuve de la), par C. Corradi.....	294
Perception des sons aigus et graves dans les maladies de l'oreille (Signification diagnostique des troubles de), par C. Corradi..	809
Perforations du tympan (Greffe de pellicule d'œuf de poule dans les), par R. Haug.....	323
Phénomènes auditifs produits par le diapason placé sur la maxillaire inférieure (Note sur l'interprétation des), par L. Couëtoux.....	391
Pince pour les granulations de l'oreille, par Hicguet.....	417
Porte-sons (Les), par Rettig.....	324
Pression endo-tympanique (La), par C. Secchi.....	815
Pyocétane dans les maladies de l'oreille (Emploi de la), par R. Barclay.....	327
Réflexes tympaniques, par L. Suñe y Molist.....	62
Ruptures du tympan et leur importance médico-légale (Les), par Treitel, de Breslau.....	422
Société française d'Otologie et de Laryngologie. Compte rendu, par P. Gastou.....	462
Suppurations d'oreilles consécutives à la douche nasale (Étiologie des), par Guye.....	488
Suppurations chroniques de la caisse guéries par excision du marteau (Deux cas de), par H. Luc.....	603
Suppurations chroniques de l'oreille moyenne (Sur une modification nouvelle du traitement boriqué des), par A. Scheibe..	610
Suppurations chronique de l'oreille et nouvelle combinaison boriquée (Traitement boriqué des), par Janicke.....	654
Surdi-mutité (Causes et prophylaxie de la), par A. Schwendt..	192
Surdité due à l'immobilisation complète des osselets accompagnée de bourdonnements d'oreilles et d'otorrhée (Une opération pour tenter la guérison d'une), par S. Sexton.....	200
Surdité progressive (sclérose) traitée par la ténotomie du tenseur du tympan, par Cholewa.....	423
Surdité accompagnée d'un catarrhe de l'oreille moyenne et d'une affection labyrinthique guérie par la pilocarpine (Un cas de), par J. Boke.....	425
Surdités dans l'otite moyenne sèche (Moyens de remédier à certaines), par C. Miot.....	470
Surdité consécutive aux oreillons, par Gellé.....	479
Syphilis de l'oreille, par M. Ouspenski.....	395
Tampons auriculaires (Les), par Löwe.....	325
Toux auriculaire, par C. Compaired.....	818
Traité d'otologie, par V. Urbantschitsch.....	50
Traumatisme auriculaire avec perte de connaissance consécutive. Cessation des accidents immédiatement après le cathétérisme de la trompe d'Eustache avec insufflation, par L. Bayer.....	329
Trépanation de l'apophyse mastoïde (De la), par T. Heiman....	327

Troubles auditifs au cours du tabes dorsal (Sur les), par E. Morpurgo.....	60
Troubles auditifs dans la méningite cérébro-spinale (Cause anatomique des), par Schwabach.....	297
Vaseline liquide pour le traitement des affections de l'oreille moyenne (Applications nouvelles de la), par C. Delstanche...	403
Vertige de Menière et canaux semi-circulaires, par W.-B. Dalby.	201
Vertige (Remarques sur le), par Davidson.....	201

Larynx et Trachée.

Abcès rétro-laryngé à pneumocoques et pneumonie, par Josserand.....	127
Abcès formé à la suite d'une inflammation du larynx due à l'influenza, par Schaeffer.....	490
Abcès périlaryngé avec pleurésie séro-purulente consécutive, par Jjholdin.....	731
Abri pour le laryngologiste, par C. Labus.....	823
Accident laryngé dans le cours du mal de Bright (Un), par H. Mendel.....	314
Affections malignes du larynx et du pharynx (Deux cas d'), par Morrison Ray.....	334
Anatomie des relations du vague et des rameaux sympathiques l'un avec l'autre dans la région du larynx. Contribution à l'explication du shock suivant l'extirpation du larynx (Etude sur l'), par Alpiger.....	730
Aphasie motrice sous-corticale et de la localisation cérébrale des centres laryngés (muscles phonateurs) (Contribution à l'étude de l'), par J. Déjérine.....	320
Aphonie spasmodique, par G. Jonquière.....	332
Aphonie hystérique (Cas d'), par Hiequet.....	417
Aphonie hystérique guérie par l'application de l'électricité sur les branches musculaires de l'accessoire de Willis (Un cas d'), par Th. Clemens.....	614
Aphonie, bégaiement et tremblement hystérique, par J. Singer.	614
Aphonie hystérique (Un cas d'), par A. Damieno.....	808
Arthrites aiguës de l'articulation crico-aryténoïdienne, par Lacoarret.....	471
Atresie membraneuse du tiers antérieur du larynx, par A. Rosenberg.....	321
Blenorrhée de Størk (A propos de la), par Grabower.....	724
Cancer du larynx (Diagnostic et traitement du), par Butlin et Gottstein.....	272 et 273
Cancer du larynx (Contribution à l'origine du), par Neumann...	274
Cancer du larynx et du pharynx extirpé par la méthode endolaryngée, par Scheinmann.....	321
Cancer des poumons, de la trachée et du larynx, par F. Schiffrs.....	415
Cancer du larynx traité par la thyrotomie (Un cas de), par J. Dundas Grant.....	558
Carcinome du larynx, par M. Schaeffer.....	490
Carcinome de la corde vocale gauche. Laryngo-fissure. Mort cinq jours après, par L. Lichtwitz.....	707
Carcinome du larynx (Extirpation partielle d'un), par A. Toti..	810
Catarrhe aigu du larynx (Traitement par le massage du), par T. Cramer.....	493
Chondrôme du larynx extirpé par les voies naturelles, par	

	Pages.
Tœplitz.....	290
Congrès international de médecine de Berlin. Compte rendu de la section de laryngologie, par P. Koch.....	266
Corps étrangers dans les voies aériennes, par F. Massei.....	65
Corps étranger (sangsue) dans la région sous-glottique : extraction par les voies naturelles, par G. Ficano.....	122
Corps étranger de la trachée, par Wharton.....	214
Corps étranger de la bronche droite. Trachéotomie, par Bondeson.....	222
Corps étranger (noyau de prune) dans la trachée, par H. O'Neill.....	222
Corps étrangers du larynx (Sur les), par P. Koch.....	307
Corps étrangers du larynx chez l'enfant, par M. Schaeffer.....	333
Corps étranger du larynx. Trachéotomie. Extirpation par la voie endo-laryngienne, par A. Gouguenheim.....	482
Corps étranger (aiguille) extrait de la trachée par les voies naturelles, par F. Hinrichs.....	492
Corps étranger du larynx (Un cas de), par P. Winternitz et J. Karlinski.....	612
Corps étranger (dent artificielle) enclavé pendant 22 mois dans le larynx. Extraction, par Lennox Browne.....	721
Crises laryngées et autres dans le tabes (Contribution à la pathologie des), par Giesen.....	727
Curettage du larynx par la méthode de Heryng (Du), par M. Schaeffer.....	490
Diagramme des lésions fonctionnelles des cordes vocales, par F. Massei.....	65
Dysphagie probablement d'origine corticale (Un cas de), par C. Abate.....	822
Dysphonie nerveuse chronique (De la), par E. Brissaud.....	121
Eclairage direct du larynx avec la lumière électrique (Nouvelles modifications au procédé de l'), par J. Dionisio.....	829
Epithélioma lobulé du larynx. Extirpation du larynx, par J. Cisneros.....	70
Epithélioma de la corde vocale supérieure. Extirpation endo-laryngienne. Guérison. Absence de récurrence, par A. Gouguenheim et H. Mendel.....	505
Examen par transparence du larynx et de l'antre d'Highmore, par W. Freudenthal.....	333
Exploration de la paroi postérieure du larynx (De l'), par G. Killian.....	192
Fibrôme kystique volumineux du larynx. Extirpation endo-laryngée sans trachéotomie, par J. Garel.....	107
Fracture du larynx, par U. Clarac.....	128
Fracture du larynx, par Scheier.....	322
Galvanocautère du larynx (Une modification utile du), par Hermann.....	615
Glotte dans le chant (L'action de la), par T. R. French.....	282
Gomme du larynx ; traitement par les injections sous-cutanées de peptonate de mercure ; guérison, par Polo.....	127
Gorge dans le rhumatisme chronique (Des lésions de la), par E. F. Ingals.....	219
Hémorragie fatale par érosion de l'artère anonyme après trachéotomie, par Ganghofner.....	214
Hémorragies laryngées cataméniales, par C. Compaired.....	826
Hygroma du larynx (Extirpation d'un), par Tolmatcheff.....	221
Ictus laryngé (Sur un cas d'), par J. Roquer Casadesus.....	827
Idiosyncrasie pour le tanin appliqué extérieurement (Un cas d'), par Jurgensmeyer.....	492

TABLE DES MATIÈRES.

855

	Pages.
Immobilité progressive d'une corde vocale et sa valeur diagnostique, par Hunter Mackenzie.....	722
Immobilité persistante de la corde vocale droite après guérison complète d'une attaque d'hémiplégie, par Lennox-Browne....	722
Innervation motrice centrale du larynx (De l'), par F. Semon et V. Horsley.....	210
Innervation centrale et périphérique du larynx : nouvelle théorie de l'innervation motrice du larynx (Démonstration expérimentale des conditions d'), par F. Semon et V. Horsley.....	282
Innervation du larynx (Contribution à l'), par Grabower.....	289
Intubation chez de jeunes enfants (Onze cas d'), par Staveley..	219
Intubation (Un cas d'enlèvement difficile de la canule surmonté par l'), par Andersen.....	221
Intubation, par O'Dwyer et Ranke.....	280
Intubation (Conditions pathologiques consécutives à l'), par Northrup.....	281
Intubation (Rapport sur les résultats de 54 cas d'), par Mount-Bleyer.....	281
Intubation du larynx dans les rétrécissements syphilitiques aigus et chroniques, par G. M. Leferts.....	335
Intubation du larynx chez les adultes, par F. Massei.....	473
Intubation du larynx (Résultat de 100 cas d'), par W. Hailes..	557
Intubation dans la diphtérie laryngée (Sur 32 cas d'), par Urban.....	729
Kyste sanguin du larynx (Cas de), par J. Charazac.....	126
Kystes de la région aryénoïdienne du larynx, par Casselberry..	290
Laryngite hémorragique et influenza, par S. Marano.....	69
Laryngite sèche (Influence de la grosseur sur certaines formes de), par R. Botey.....	69
Laryngite hémorragique (Un cas de), par Treitel.....	195
Laryngite catarrhale aigue, par Haviland Hall.....	215
Laryngites chroniques. Processus pachydermique. Traitement médical et chirurgical (Etudes sur les), par P. Tissier....	433 et 515
Laryngite sous-glottique aiguë grave (Un cas de), par C. Corradi.....	822
Laryngo-fissure pour tumeur du larynx, par G. S. Shalita....	216
Laryngo-fissure d'après ma propre expérience (Sur la), par Pienazek.....	274
Laryngologie depuis le dernier Congrès de 1887 (La), par B. Fraenkel.....	266
Laryngopliés unilatérales (Etudes sur les), par R. Moncorgé..	114
Laryngosténoses d'origine nerveuse (Sur les), par A. d'Aguanno..	824
Laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par G. Richelot.....	123
Lèpre du larynx et des piliers (Cas de), par Simanowski.....	731
Lupus du larynx, par W. Smith.....	334
Luxation du cartilage thyroïde, par Heymann.....	323
Maladies du larynx, de la trachée, du nez et de la gorge (Leçons sur les), par L. Schrøtter.....	800
Menthol dans les affections des voies aériennes supérieures (Le), par Potter.....	726
Miroir attaché au miroir frontal et servant pour la démonstration de l'image laryngoscopique, rhinoscopique et otoscopique et pour l'auto-laryngoscopie, par Nolténus.....	493
Miroirs laryngiens concaves, par R. D. Batten et Cresswell Baber.....	670 et 671
Mutisme hystérique (Contribution à l'étude du), par G. Leuch..	492
Myxome de l'épiglotte, par Van der Poel.....	197
Myxomes du larynx (Contribution à l'étude des), par A. Duda-	

	Pages.
foy	256
Névroses obscures des voies respiratoires supérieures (Relations entre les affections bulbonucléaires et certaines), par J. N. Mackenzie	196
Œdème aigu primitif du larynx, par B. Martino	65
Œdème aigu du larynx au cours des oreillons, par Pilatte	123
Œdème aigu infectieux bénin du larynx, par J. Garel	453
Œdème de la glotte (Heureux effets de la pilocarpine dans un cas grave d'), par F. Suarez de Mendoza	467
Œdème du larynx à la suite de l'emploi d'iodure de potassium, par A. Rosenberg	490
Opérations sur le larynx (Statistique des), par Salzer	217
Pachydermie laryngée diffuse, surtout de l'espace interaryténoïdien (Sur la), par O. Chiari	278
Pachydermie du larynx (Sur la), par Kuttner	278
Pachydermie laryngée type (Un cas de), par Capart	420
Pachydermie du larynx (De la), par E. Meyer	611
Papillôme du larynx chez l'enfant. Disparition spontanée après trachéotomie, par J. Garel	386
Papillômes des voies aériennes supérieures (Des), par A. Thost	488
Papillôme du repli ary-épiglottique, par F. Semon et Shattock	670
Papillômes chez les enfants (Cas montrant la possibilité de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée comme facteur étiologique des), par Lennox Browne	721
Paralyse unilatérale du muscle crico-aryténoïdien latéral, par E. F. Ingals	190
Paralyse unilatérale des muscles abducteurs du larynx, par F. H. Bosworth	200
Paralyse bilatérale des abducteurs des cordes vocales, par F. Semon	216
Paralyse des cordes vocales et goitre, par Steinthal	220
Paralyse bilatérale des abducteurs des cordes vocales, par Saundby	222
Paralyse du récurrent (La position phonatrice de la corde vocale en cas de), par Wagner	289
Paralyse complète bilatérale des muscles abducteurs du larynx, par G. W. Major	334
Paralyse de la corde vocale gauche, par Schuster	407
Paralyse des récurrents chez un tuberculeux (Un cas de), par Landgraf	484
Paralyse du crico-aryténoïdien postérieur (Complications nerveuses de la), par Schorler et Remack	607
Paralyse fonctionnelle de la phonation articulée (De la), par O. Rosenbach	612
Paralyse hystero-traumatique du larynx, par G. Masini	822
Périchondrite suppurée du larynx sans affection antérieure de l'organe, par D. Newman	212
Phtisie du larynx : sa guérison radicale peut-elle être obtenue par le traitement chirurgical endo-laryngé ? par T. Heryng	1
Phtisie laryngée (Traitement local de la), par J. Scheuermann	284
Phtisie laryngée (Guérison d'un cas de), par Przedborski	284
Physiologie des nerfs récurrents (Contribution à la), par C. Livon	125
Physiologie normale et pathologique des muscles du larynx, par P. Raugé	126
Physiologie des muscles de la glotte, par Hermann et Meyer	219
Physiologie pathologique de quelques muscles du larynx (Recherches préliminaires sur la), par G. Masini	819

TABLE DES MATIÈRES.

857

Pages.

Pince laryngienne nouvelle antéro-postérieure à fente médiane. Observation de polype laryngien enlevé à l'aide de cette pince, par F. Suarez de Mendoza.....	462 et 634
Plaie pénétrante de la trachée. Guérison rapide, par Gorodetzky. Polype du larynx à répétition; myxôme et fibrome (Deux cas de), par R. Arnaud.....	729 et 127
Rauidité et perte de la voix causées par de mauvaises méthodes vocales, par S. W. Langmaid.....	199
Retrécissement de larynx. I. Trachéotomie rapide. II. Dilatation. Guérison (Deux cas de), par E. Mayer.....	335
Sarcome interaryténoïdien (Un cas de guérison d'un), par Gevaert.....	419
Sensations gustatives dans le larynx (De l'existence de), par P. Michelson.....	558
Société berlinoise de laryngologie. Comptes rendus, par A. Krakauer.....	202, 321, 483 et 616
Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris. Comptes rendus, par P. Gastou.....	475 et 603
Spasme de la glotte (Le), par Gay.....	213
Spasme de la glotte dû à des opérations endo-laryngées (Méthode pour éviter le), par R. Kayser.....	491
Sténose laryngée causée par l'adduction forcée des cordes vocales chez un malade atteint de cancer de l'œsophage, par Blackman.....	212
Sténoses du larynx chez les enfants trachéotomisés (Des causes des), par Fleiner.....	221
Sténoses laryngées diphtériques (Traitement par le tubage et la trachéotomie de 103 cas de), par A. C. H. Moll.....	421
Sténoses laryngées neuropathiques (Observations pour servir à l'étude des), par A. Ruault.....	480
Sténoses trachéales, par Grossmann.....	728
Sténoses membraneuses dans la région sous-glottique (Traitement des), par Jacobson.....	729
Sténose laryngée chronique (Contribution à l'étude de quelques formes de), par J. Dionisio.....	825
Suture du larynx (La), par Leone Levi.....	67
Syphilis et de la tuberculose dans le larynx. Contribution à l'étude des lésions combinées (De la), par H. Luc.....	124
Syphilis tertiaire du larynx, de la trachée et des premières bronches, broncho-pneumonie et pleurésie. Adénopathie péri-trachéale, compression du nerf récurrent droit et rétrécissement de la trachée, etc. Mort, autopsie, par F. Raymond....	124
Syphilis du larynx simulant une phthisie laryngée à la deuxième période (Manifestations tertiaires de la), par E. Peyrissac....	125
Syphilis laryngée, par V. Tchernoff.....	213
Syphilis des voies aériennes supérieures, par L. Schrøtter et G. M. Lefferts.....	285 et 286
Syphilis et tuberculose laryngées : leur coexistence, par A. Fasano.....	806
Trachée : son examen par la fistule trachéale, par Pienazek....	290
Trachéotomie, par Lewin.....	322
Trachéotomie chez les très jeunes enfants (De la), par M. Péraire.....	122
Trachéotomie et de la laryngectomie (De la valeur comparée de la), par C. Fauvel et E. Saint-Hilaire.....	123
Trachéotomie datant de 27 ans, par G. Lewin.....	321
Traitement de Liebreich, par P. Masucci.....	807
Trichines des muscles du larynx et de la langue, par F. G.	

	Pages
Finley.....	216
Troubles moteurs du larynx d'origine névropathique (Les), par A. d'Aguanno.....	803
Tubage du larynx (Une nouvelle indication du), par Gampert....	123
Tubage du larynx dans les sténoses aiguës et chroniques, par F. Egidi.....	807
Tubage du larynx dans le cas de croup (Soixante cas de), par F. Egidi.....	807
Tubage du larynx (Modifications aux appareils de), par F. Egidi.....	828
Tuberculose laryngée (Traitement de la), par V. Cozzolino....	67
Tuberculose laryngée traitée par la méthode de Koch, par Lublinski et Grabower.....	193
Tuberculose laryngée traitée par la lymphé de Koch, par A. Capart.....	202
Tuberculose laryngée traitée par la méthode de Koch, par Lublinski, Grabower et B. Fraenkel.....	202
Tuberculose laryngée (Communications sur l'action du remède de Koch dans la), par Hertel et H. Krause.....	204 et 205
Tuberculose laryngée traitée par la méthode de Koch à la clinique de Bergmann (Rapport sur les quatre premiers cas de), par Grunwald.....	206
Tuberculose laryngée rapidement guérie par le remède de Koch (Un cas de), par Oppenheimer.....	207
Tuberculose (Le remède de Koch dans la), par B. Fraenkel.....	208
Tuberculose du larynx et du poumon traitée par le menthol, par Ossendowsky.....	220
Tuberculose du larynx (Traitement de la), par A. Capart et C. Goris.....	329 et 330
Tuberculose laryngée (Deux cas de guérison de), par Lauenburg.....	614
Tuberculose laryngée traitée par la créoline et le naphthol, par Favitzky.....	727
Tuberculose laryngée (Traitement de la), par C. J. Symonds..	730
Tumeurs cartilagineuses du larynx; verrues des fosses nasales, par E. F. Ingals.....	199
Tumeur tuberculeuse du larynx. Trachéotomie. Guérison, par W. Robertson.....	210
Tumeur d'une corde vocale. Opération. Guérison, par J. Dundas Grant.....	722
Ulcérations tuberculeuses du larynx et rôle des bacilles tuberculeux dans ce processus (Du développement des), par A. P. Korkunoff.....	331
Ulcération de la corde vocale droite, par A. Capart.....	420
Ulcération interaryténoïdienne, par A. Capart.....	421
Végétations symétriques (syphilitiques) sur les cordes vocales, par Mayo Collier.....	723
Verrue dura du larynx, par Bergengrün.....	731
Vertige laryngé, par Armstrong.....	215
Voies aériennes chez les lépreux des Indes-Occidentales (Etat des), par J. D. Hillis.....	214
Voies aériennes supérieures (Etude sur les affections malignes des), par F. H. Bosworth.....	273

Nez.

Abcès des sinus frontaux pouvant simuler des lésions indépendantes de la cavité orbitaire (Considérations cliniques sur les), par Panas.....	134
--	-----

TABLE DES MATIÈRES.

859

Pages.

Abcès de la cloison nasale, par M. Schaeffer	496
Acide sulfuricique (Emploi thérapeutique de l'), par A. Ruault et Berlioz	135
Affections intra-nasales en relations avec les maladies de l'oreille, par Daly	287
Affections chroniques des voies aériennes supérieures, en rapport avec les hernies abdominales, par Fraudenthal	343
Affections des cavités accessoires du nez, le sinus maxillaire excepté (Diagnostic et traitement des), par M. Schaeffer	494
Affections nasales traitées sans l'emploi du galvanocautère (Certaines), par Bonne	496
Anatomie des fosses nasales d'après des coupes congelées, par B. Fraenkel	115 et 804
Anatomie normale et pathologique du nez, par A. Hartmann	115
Anatomie pathologique des cavités nasales (Contribution à l'), par G. Gradenigo	536
Angiome ossifiant dans l'antre d'Highmore (Un cas d'), par Lucke	224
Anosmie remontant à 40 ans (Cas de guérison d'une), par A. d'Aguanno	76
Asthme réflexe d'origine nasale et gastro-intestinale (De l'), par L. Bayer	416
Bactéries des fosses nasales à l'état physiologique (Les), par G. Deletti	829
Cautérisation du cornet moyen suivie d'une méningite mortelle, par F. Quinlan	340
Chirurgie du nez, par V. Nicolai	806
Ciseaux pour le nez, par Cholewa	323
Chorées réflexes d'origine nasale, par Jacobi	337
Conduit naso-lacrimal (Préparation du), par P. Heymann	323
Cornet moyen (Transformation kysto-pneumatique du), par E. Schmiegelow	131
Cornets supérieur et moyen (Fente longitudinale postérieure des), par G. Killian	559
Corps étranger depuis 10 ans dans la narine gauche, par Scheinmann	323
Corps étranger ayant séjourné dans le nez pendant 24 ans, par G. W. Major	338
Corps érectiles dans la muqueuse nasale (Contribution à l'étude anatomique des), par Herfeld	311
Coryza pseudo-membraneux (rhinite fibrineuse croupale), par V. Raulin	130
Curettes électriques pour les végétations adénoïdes du pharynx nasal, par L. Rousseaux	408
Curette de Gottstein modifiée., par Hicquet	417
Cylindres médicinaux pour le nez dans le traitement de la fièvre des foins, du catarrhe, de la diphtérie nasale et de l'ozone, par Scanes Spicer	734
Dermalgie d'origine nasale, par R. de la Sota y Lastra	831
Déviation et épaississements de la cloison nasale (Traitement par l'électrolyse des), par L. Thilly	112
Déviation et épaississements de la cloison nasale, par E.-J. Moure et A. Hartmann	268 et 269
Déviation de la cloison nasale (Instrument pour opérer les), par W. C. Jarvis	279
Déviation de la cloison nasale, par N. P. Simanowski	734
Diphtéries nasales de diagnostic difficile dans l'enfance, par E. Holt	338
Diphtérie chronique du nez, par L. Concetti	809
Eclairage de l'antre d'Highmore et des sinus. Diagnostic et	

	Pages.
traitement des affections de ces sinus, par Vohsen.....	271
Electrolyse dans le nez (Une indication fréquente pour l'emploi de l'), par R. Kafemann	496
Empyème du sinus sphénoïdal (Sur un cas d'), par A. Ruault ..	132
Empyème latent de l'antre d'Highmore diagnostiqué au moyen du lavage explorateur (L'), par L. Lichtwitz	133
Empyème de l'antre d'Highmore consécutif à un érysipèle (Un cas d'), par H. Luc	195
Empyème de l'antre d'Highmore dû à la croissance d'une muqueuse dans la cavité, par Spitz	224
Empyème latent de l'antre d'Highmore (De l'), par J.-M. Jeanty ..	316
Empyèmes chroniques de l'antre d'Highmore et faux empyèmes, par E. J. Moure	463
Empyème du sinus maxillaire (L.), par C. Bloch	803
Empyème de l'antre d'Highmore (Diagnostic et traitement de L'), par G. Strazza	830
Epithélioma nasal (Présentation d'un malade âgé de 23 ans, porteur d'un), par Madeuf	463
Epistaxis chez le vieillard (De l'), par P. Parisot.....	133
Epistaxis, par Lusk et Hutchinson	560
Epistaxis (De l'), par C. Rosenthal.....	616
Epistaxis habituelle (Acide chromique dans l'), par Pogorelsky ..	731
Erysipèle de la face à répétition (Un cas de guérison d'), par H. Lavrand.....	474
Examen du nez, par S. Solis Cohen	197
Examen du pharynx nasal, par F. Mounier.....	589
Exotoses de la cloison nasale, par Læwe.....	269
Fibro-sarcome de la fosse nasale droite, par C. H. Knight	198
Fibro-sarcome provenant de la région sphéno-maxillaire, par Schulten.....	225
Gomme ulcérée de l'aile gauche du nez, par V. Raulin.....	128
Hématome traumatique et abcès consécutif de la cloison du nez, par A. Ricci.....	75
Hématome du septum nasal, par J.-B. Ball.....	223
Hémorragies nasales graves. Canule-tampon respiratoire (Traitement des), par J. Dionisio	829
Hyperesthésie nasale (Quatre cas d'), par P. Raugé.....	129
Hyperplasie de l'amygdale pharyngée (Quelques observations sur l'), par Körner	345
Hystérie d'origine nasale, par Marcel	287
Influenza (Observations rhino-laryngologique sur l'), par Herzog ..	735
Instruments et technique chirurgicale employés dans les affections des sinus du nez (frontaux, maxillaires, ethmoïdaux, sphénoïdaux et ethmoïdo-lacrymaux), par V. Cozzolino	761
Intubation nasale, par Goodwillie	337
Irrigations nasales (Présentation d'un instrument pour), par Gellé ..	473
Kyste osseux du nez, par Major	735
Larmolement (Sur le), par Kiesselbach	616
Larves de mouches dans les fosses nasales, par J. Jacobsen...	223
Lupus primitif de la muqueuse nasale (Etudes sur le), par V. Raulin.....	415
Lupus traité d'après la méthode de Koch (Un cas de), par Gevaert ..	419
Lupus primitif des fosses nasales (Du), par E. J. Moure.....	829
Maladies de la gorge et du nez (Traité des), par F. H. Bosworth ..	547
Maladies du nez et de la gorge (Leçons sur les), par C.-E. Sajous	649
Maladies du nez et de ses cavités accessoires, par Spencer Watson	651

TABLE DES MATIÈRES.

861

Pages.

Maladie de l'antre (Quelques réflexions pratiques sur la), par F. H. Bosworth	734
Maladies des cavités accessoires du nez et issue du liquide cérebro-spinal à travers le nez, par Berg	735
Maladies intra-nasales et naso-pharyngiennes (Classification des), par Lennox Browne	736
Maladies des cavités nasales (Symptômes oculaires dus aux), par Hamilton)	738
Malformation du nez (Cas rare de), par Landow	736
Massage dans les affections du nez et de la gorge (Le), par Herzfeld	497
Morphine administrée par le nez, par C. H. von Klein	557
Myxome telangiectasique de la cloison nasale (Sur un cas de), par H. Luc	132
Myxomé du naso-pharynx chez un enfant de 6 ans, par A. W. Mac Coy	198
Neurasthénies développées à la suite de traumatismes des fosses nasales, par F. Chapell	339
Névroses nasales (A propos de quelques cas de), par A. Triffelti	73
Névroses réflexes d'origine nasale (Contribution à l'étude des), par J. Roquer Casadesus	74
Névroses réflexes d'origine intra-nasale et pharyngée, par Abramson	225
Obstruction nasale par les tumeurs adénoïdes dans ses rapports avec les déviations de la colonne vertébrale et les déformations thoraciques (De l'), par P. Redard	129
Obstruction nasale (Déviation de la colonne vertébrale dans l'), par P. Redard	129
Obstruction nasale suivie d'une incontinence d'urine consécutive à l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée, par Kærner	345
Obstruction nasale et respiration par la bouche comme facteurs de l'étiologie de la carie dentaire et dans le développement du palais voûté, par Scanes Spicer	737
Odorat à l'examen clinique (Mensuration du sens de l'), par Zwaardemaker	739
Olfaction chez l'homme (Histologie normale de l'organe de l'), par Suchanek	733
Opérations intra-nasales (Des accidents qui suivent les), par M. Lermoyez	86
Ozène (Sur la nature de l'), par S. Marano	70
Ozène, par M. Berliner	267
Ozène (Étiologie de l') par G. Rosenfeld	267
Ozène (Traitement de l'), par Meyjes	336
Ozène (Sur l'), par Demme	646
Papillome corné volumineux, occupant la partie supérieure des cavités nasales, par von Bungner	343
Perforation de la cloison nasale (Contribution à l'étiologie de la), par Teplitz	269
Perforation de la cloison nasale dans la fièvre typhoïde, par Gellé	478
Polype fibro-muqueux naso-pharyngien avec accès congestifs et hémorragiques : atrophie progressive spontanée, par Bouchaud	131
Polypes du nez (Traitement de plusieurs cas de), par A. Milligan	222
Polypes naso-pharyngiens traités sans opération préliminaire, par M. Migge	319
Polypes du nez (Un procédé simple d'extirpation des), par E. Kurz	427
Polype nasal (Un cas rare de), par Marmaduke Sheild	671

	Pages.
Pyroctanine dans les affections du nez et de la gorge (Communications sur l'emploi de la), par M. Bresgen	280
Pyroctanine dans les cavités voisines du nez (Usage thérapeutique de la), par Cholewa.....	483
Pyroctanine (Violet de méthyle) dans le nez et la gorge (Suite des communications sur l'emploi de la), par M. Bresgen.....	497
Respiration pendant la gymnastique (Du mode de), par L. Couëtoux	786
Rhinite purulente chronique des enfants (De la), par O. Laurent.....	284
Rhinite chronique (Inflammation oculaire dépendant d'une), par A. Blitz	337
Rhinite caséuse ou cholestéatomateuse (Un cas de soi-disant), par G. Strazza.....	890
Rhinolithe, par Herzfeld	483
Rhinopathies (Recherches spirométriques dans les), par J. Joal.....	134
Rhinosclérome (Du), par V. Cornil.....	128
Rhinosclérome (Deux cas de), par Robertson.....	732
Rhinoscopie postérieure la tête renversée, par C. Dorn	336
Sarcome de la cavité naso-pharyngienne, par Delie.....	419
Sarcome du sinus maxillaire, par A. Capart.....	420
Sinus de la face, des cellules de l'ethmoïde et de l'apophyse mastoïde (Essai d'une théorie des fonctions des), par L. Couëtoux.....	174
Sinus accessoires du nez (Diagnostic et thérapeutique des maladies des), par P. Mac Bride et P. Schech	270 et 271
Sinus frontaux et leur trépanation, par Montaz	552
Sténoses nasales (Contribution au traitement des), par C. Astier.....	643
Sténose nasale antérieure (Valeur de la méthode de dilatation forcée de Hewetson dans le traitement de la), par W. Hill	735
Streptococque des muqueuses en rapport avec l'étiologie du catarrhe nasal (Nouvelles recherches sur le), par Pasquale.....	733
Syphilis naso-pharyngo-laryngienne tertiaire, par V. Raulin	135
Syphilis héréditaire tardive des fosses nasales (Quelques considérations sur la), par Noquet.....	468
Tic convulsif provenant du nez (Guérison d'un cas de), par Peltesohn.....	196
Tic douloureux produit par une exostose de la cloison, par Gillian.....	339
Tissu adénoïde du naso-pharynx et du pharynx (Le), par H.-L. Swain.....	199
Toux d'origine nasale, par A.-B. Trasher	560
Troubles d'origine nasale; par Woolen	225
Tuberculose de la muqueuse nasale (formes primitives et secondaires), par M. Olympitis.....	48
Tuberculose nasale chez un syphilitique (Un cas de), par E. Grossard	135
Tuberculose des fosses nasales, par A. Capart.....	340
Tuberculose de la muqueuse nasale (De la), par F. Hahn.....	493
Tumeurs adénoïdes du naso-pharynx (La question des anesthésiques dans les), par H. Davis	224
Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal aux différents âges (Les), par H. Luc	289
Tumeur papillaire de l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche, par Noquet.....	413
Tumeurs adénoïdes (Sur le meilleur traitement à suivre pour éviter le coryza chronique après l'ablation des), par Madeuf	469
Tumeur naso-pharyngienne, par B. Fraenkel	483
Tumeur nasale récidivée, par Katzenstein.....	606
Tumeurs rétro-nasales (Technique opératoire dans les), par L. Grünwald	615
Ulérations du nez (Sur le diagnostic différentiel des), par Hajek.....	73

Végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne (Sur un effet rare des), par F. Felici	77
Végétations adénoïdes (Sur les), par Brébion	288
Végétations adénoïdes (Angine lacunaire consécutive à l'ablation des), par Kerner	346
Végétations adénoïdes chez les adultes, par Patrzek	616
Vibrations de la muqueuse du nez, de l'espace naso-pharyngien et du pharynx, par M. Braun	282

Pharynx et varia.

Abcès rétro-pharyngiens (Deux cas d'), par R. Arnaud	141
Accumulateur transportable pour la galvanocautique et l'éclairage (Un petit), par H. Seligmann	493
Actinomycose de la langue, par Maydl	232
Algosus faucium diphtheritica, par Meltenheimer	237
Amygdale en particulier et arrière-gorge considérées comme portes d'entrées des infections, par E. Jeanselme	147
Amygdale pharyngée hypertrophiée (Opération de l'), par H. Gradle	499
Amygdales surnuméraires, par J. Donelan	562
Amygdalite (De l'), par H. Rendu	147
Amygdalite diphthérique à Eton College en septembre 1880 (Rapport sur une épidémie d'), par J.-W. Gooch	226
Amygdalite folliculaire (Phlébites infectieuses comme suite de l'), par Trumbull	346
Amygdalite accompagnée de bégaiement temporaire, par H. Rainsford	563
Amygdalite folliculaire en corrélation avec d'autres affections zymotiques chez les enfants, par Honman	740
Amygdalotomie suivie d'hémorragie chez un enfant, par E.-J. Moure	147
Amygdalotomie suivie d'hémorragie, par Butler	235
Angine scarlatineuse précoce pseudo-diphthérique, par A. Sevestre	137
Angines aiguës (A propos du traitement des), par A. Capart ..	348
Angine de Ludwig (Un cas d'), par Arnalt Jones	672
Annual of the Universal Medical Sciences, par C.-E. Sajous ..	805
Anomalie artérielle sur la paroi spinale du pharynx, par Gellé ..	472
Antipyrine (Etude expérimentale et physiologique sur les propriétés anesthésiques de l'), par E. Saint-Hilaire	476
Asthme thyroïdien (Notes sur le traitement de l'), par Wright ..	739
Ataxie diphthérique (Un cas d'), par L. Dor	198
Bourrelets de la base de la langue et tumeur du ligament thyro-aryténoïdien supérieur gauche, par Lewin	323
Bourse pharyngienne et division du voile du palais permettant de voir parfaitement l'orifice de la bourse (Un cas de), par Rutten	418
Bronchite croupale (De la), par S. West	228
Calcul de l'amygdale, par Delie	418
Cancer de l'œsophage à début dyspnéique; accès de suffocation; trachéotomie; compression des récurrents, par E. Gaucher ..	145
Carcinome du thyroïde (Sur un cas de), par J. Scheinmann	500
Carcinome de la base de la langue (Deux préparations de), par Scheier	608
Carcinome secondaire des glandes cervicales (Suppuration dans	

	Pages.
un cas de), par Roberts.....	742
Chancres syphilitique de la lèvre, de la joue, des piliers, par Porai-Koshitz.....	744
Cocaine (De l'anesthésie locale par la), par P. Reclus.....	149
Cocaine (Intoxication due à l'emploi de la), par E. Falk.....	499
Corps étranger dans les voies respiratoires (Un cas de), par Kefenstein.....	499
Corps étranger du voile du palais, par T. Stevenson.....	565
Corps étranger de l'œsophage. Perforation de la carotide. Mort, par Simanowski.....	745
Croup spasmodique traité par l'opium, par Meigs.....	672
Croup (Éthérisation dans le), par Betz.....	77
Diphthérie (Hygiène publique et privée de la), par V. Cozzolino.....	137
Diphthérie (De la), par Jules Simon.....	137
Diphthérie propagée du pigeon à l'homme et de l'homme à l'enfant, par M. Bilhaut.....	138
Diphthérie (Traitement de Gaucher dans la), par Clément.....	230
Diphthérie (Étiologie de la), par S.-V. Nelson et Rachford.....	235
Diphthérie (Recherches expérimentales sur le bacille de la), par d'Espine et de Marignac.....	236
Diphthérie (Expériences de), par Schan.....	236
Diphthérie à l'hôpital des Enfants de Nuremberg en 1888, par Cnopl.....	236
Diphthérie (Etat actuel de la question de l'étiologie de la), par Lœffler.....	238
Diphthérie du pharynx (Traitement de la), par G. Mayer.....	499
Diphthérie (Traité de la), par Delthil.....	562
Diphthérie (Traitement de la), par Lœffler et A. Seibert.....	564 et 565
Diphthérie et muguet, par Schadowald.....	726
Diphthérie du pharynx (Erysipèle de la face consécutif à une), par Ott.....	740
Diphthérie (Micro-organismes de la), par Mac Weeny.....	744
Diphthéritiques (Thérapeutique clinique des), par V. Cozzolino.....	832
Electro-thermo-cautères (Etude sur les), par Cheval.....	409
Epithélioma du corps thyroïde et de la trachée, par R. Norris Wolfenden.....	234
Epithélioma primitif de l'amygdale, par Walker Downie.....	563
Eruptions érythémateuses produites par le salol en applications locales, par A. Carlaz.....	475
Erysipèle primitif de la langue, par J. Garel.....	305
Exalgine d'après les observations prises à l'hôpital Lariboisière (Etude sur l'), par E. Désiré.....	805
Exploration des vertèbres cervicales par voie buccale (Essai sur l'), par C. Demme.....	266
Fossette pharyngienne de l'os occipital chez l'homme (La), par G. Romiti.....	78
Galvanocautére dans les affections de la gorge (Usage et abus du), par Schweig.....	347
Gargarismes (Méthode et limite d'action des), par Swain.....	347
Gastrostomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par P. Berger et Canniot.....	143
Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage, par O. Terrillon.....	144
Gastrostomie pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage près du cardia. Dilatation consécutive du rétrécissement. Fermeture de la fistule stomacale, par O. Terrillon.....	144
Gastrostomie dans le cancer de l'œsophage, par F. Terrier et H. Delagenière.....	146

Glandes sous-maxillaires (Double suppuration des), par A. Pilliet.....	149
Glossite hémorragique aiguë (Un cas de), par Holger Mygind..	231
Goîtres sporadiques infectieux (Etude clinique sur les), par Charvot.....	148
Goitre en Suède (Traitement du), par Rosander.....	427
Goîtres et goîtres accessoires (Anatomie et pathologie chirurgicales des), par Wœlfle.....	741 et 742
Gommes syphilitiques anormales de l'isthme du gosier multiples et indurées, par A. Royer.....	140
Gommes du voile du palais (Diagnostic et traitement des), par A. Fournier.....	140
Hémiatrophie droite de la langue, paralysie du voile et du larynx, par Turner.....	232
Hémiatrophie de la langue d'origine extra-crânienne, par H.-S. Birkett.....	618
Hémorragies pharyngiennes, par C. Rosenthal.....	322
Hydroa buccal pseudo-syphilitique, par G. Baudouin.....	138
Hypertrophie de l'amygdale linguale (Traitement de l'), par M. Schæde.....	553
Hypertrophie des amygdales, par Cohn.....	563
Inflammations infectieuses aiguës du pharynx et du larynx, par F. Massei.....	287
Inflammation idiopathique de la langue (Un cas d'), par A. Mac Culloch.....	533
Inflammation ulcéreuse épidémique sur la muqueuse de la bouche et du pharynx, par Simanowski.....	743
Kyste de la langue ouvert spontanément, par Gallardo.....	79
Kystes et adénomes de la glande thyroïde traités par l'extirpation, par Ch. Symonds.....	227
Kyste sublingual sébacé, par Shepherd.....	232
Langue noire, par H. Surmont.....	148
Langue au point de vue de la respiration (Valeur de la), par E. Scatliff et Smith.....	674
Léontiasis osseux des os maxillaires et hyoïdes (Un cas de), par J. Brown.....	239
Luette (L'allongement de la), par Lennox Browne.....	227
Lupus de la bouche, du pharynx et du larynx, par G. Barling..	672
Luxation de la 5 ^e vertèbre cervicale antérieure, par Scheier....	323
Lymphadénite rétropharyngée guérie par la trachéotomie, par Bokai.....	427
Lymphadénome des amygdales, par Kendal Franks.....	720
Lympho-sarcome de l'amygdale; laryngotomie et énucléation. Récidive dans les glandes cervicales; excision; guérison, par Lediard.....	234
Muguet (Conditions qui favorisent le développement du), par G. Linossier et G. Roux.....	150
Œsophagisme (Forme particulière d'), par Osgood.....	231
Œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage. Guérison, par Ch. Périer.....	143
Œsophagotomie pour enlever un dentier encastré dans l'œsophage depuis 5 ans et 9 mois (Note sur un cas heureux d'), par Willoughby Turner.....	674
Œsophagotomie chez un syphilitique, par Sandford.....	722
Papillome du voile du palais, par A. Chipault.....	140
Papillome lingual heureusement enlevé, par Covernton.....	743
Paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébelleuse, par Brosset.....	138

	Pages.
Paralysie diphthérique (Deux cas rapidement fatals de), par F.-L. Caiger.....	235
Paralysie diphthérique se présentant chez les enfants (Crises bulbares de), par Guthrie.....	673
Paralysie diphthérique (Injections de strychnine dans la), par Rozenz.....	674
Paralysie post-diphthérique du palais, par Mayo Collier.....	723
Paramyoclonus multiple limité aux muscles respiratoires (Un cas de), par F. Jaja.....	77
Pathologie de la langue (Contribution à l'étude de la), par M. Joseph.....	617
Pemphigus des muqueuses (Un cas de), par A. Bandler.....	616
Perforations à travers les piliers antérieurs du voile du palais (Signification des), par Fowler.....	233
Phagédénisme syphilitique du voile du palais et de l'amygdale (Cas de), par Bernard.....	238
Pharyngite fibrineuse, par Onodi.....	287
Phlegmon latéro-pharyngien consécutif à l'influenza, par J. Vilcoq.....	141
Phlegmon infectieux du pharynx, par Culot.....	141
Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx, par P. Merklen.....	142
Phlegmon primitif aigu infectieux du pharynx, par Moritz Schmidt.....	288
Photographies instantanées des cavités pharyngo-laryngées, par V. Nicolai.....	809
Pilocarpine pour la sécheresse de la langue (Emploi de la), par Blackman.....	564
Polype velu congénital du pharynx, par Otto.....	239
Polype de l'œsophage, par Shendrikowski.....	745
Pouls du voile du palais et de la luette dans l'insuffisance aortique (Le), par P. Merklen.....	150
Rétrécissements cancéreux de l'œsophage traités au moyen de la sonde à demeure, par Gangolphe.....	144
Rétrécissements cicatriciels et cancéreux de l'œsophage (Des indications thérapeutiques dans les), par L. Le Fort.....	145
Rétrécissement de l'œsophage (Deux cas de), par Morejon.....	234
Rubéole (De la), par E. Juhel-Rénay.....	149
Sarcome primitif de l'amygdale (Un cas de), par R. Norris Wolfenden.....	228
Sarcome primitif des ganglions lymphatiques médiastinaux perforant les conduits aëri-fères, par Hammer.....	240
Sarcome lingual, par Scheier.....	649
Sarcome sous-parotidien et rétro-pharyngien. Opération. Guérison, par J. Wilson.....	671
Sarcome primitif de l'amygdale traité par l'électrolyse. Mort, par H. Mygind.....	742
Sonde munie d'un anneau présentée à la Société de laryngologie de Berlin, par Cholewa.....	483
Sténose de la partie inférieure du pharynx due à la syphilis héréditaire (Un cas de), par Colcott Fox.....	237
Sténose syphilitique du pharynx, par Jacobson.....	743
Strumectomie (Enucléation intra-thyroïdienne des goîtres kystiques ou charnus),.....	136
Syphilis héréditaire (Un cas d'accident pharyngé de la), par R. Arnaud.....	139
Syphilis tertiaire (Considérations sur le diagnostic des manifestations pharyngo-laryngées de la), par J. Roquer Casadesus.....	832

TABLE DES MATIÈRES.

867

	Pages.
Ténésme des piliers et du pharynx, par Lennox Browne.....	743
Thyroïdectomie, canule spéciale à trachéotomie, par A. Poncet.	136
Tuberculose miliaire aiguë du pharynx (Notes et observations sur la), par D. Aigre.....	142
Tuberculose palatine, par Battle.....	233
Tuberculose primitive du larynx (Guérison d'un cas de), par Gleitsmann.....	284
Tuberculose de la muqueuse des voies respiratoires supérieures traitée avec succès par la méthode de Koch (Trois cas de), par P. Michelson.....	560
Tumeurs anormales du pharynx (Deux cas de), par A. Capart..	289
Tumeurs de la base de la langue, par A. Rosenberg.....	321
Tumeurs du corps thyroïde, par J. Berry.....	427
Tumeur thyroïdienne d'apparence maligne qui disparut après la trachéotomie. Récidive à forme sarcomateuse, par G.-R. Turner.....	562
Tumeurs fibreuses pré-épiglottiques, par O. Laurent.....	421 et 600
Ulcération syphilitique perforante de la paroi postérieure du pharynx (Ulcération de la carotide interne; mort), par V. Raulin.....	139
Ulérations bénignes du pharynx, par T. Heryng.....	276
Ulérations tuberculeuses de la langue (Un cas d'), par Charlier.	350
Ulération amygdalienne, par A. Capart.....	420
Ulération épithéliale de la langue, par A. Capart.....	420
Ulérations de la gorge dans la fièvre scarlatine et la diphtérie (Traitement par irrigation des), par Manning.....	672
Ulérations pharyngées de Heryng, par P. Masucci.....	811
Ulcère rond du pharynx, par H. Henrot.....	141
Ulcère tuberculeux de la langue, par Mariani.....	233
Uranoplastie par abaissement et rotation de la cloison nasale (Procédé d'), par Sabatier.....	136
Varices de l'œsophage dans l'alcoolisme chronique, par M. Letulle.....	146
Voile du palais dans la respiration (Rôle du), par L. Couëtoux.	186
Voile du palais (Anomalies du), par Delie.....	415
Voile du palais dans l'effort, par L. Couëtoux.....	629

Variété.

Un jugement de la cour de cassation d'Autriche contre un médecin.....	625
---	-----

Indications bibliographiques.

Oreille. Pages 151, 156, 351, 506, 745, 747, 749, 751, 833.
 Larynx et trachée. Pages 153, 156, 351, 619, 746, 748, 750, 751.
 Nez. Pages 154, 157, 357, 675, 746, 748, 750, 751, 752.
 Pharynx et varia. Pages 155, 158, 359, 678, 747, 749, 750, 751, 752.